



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALINY DE LIMA SANTOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS NO AMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MARINGÁ, PR**

**MARINGÁ
2014**

ALINY DE LIMA SANTOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS NO AMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MARINGÁ, PR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e o processo de cuidado.

Linha de pesquisa: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sonia Silva Marcon

**MARINGÁ
2014**

ALINY DE LIMA SANTOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS NO AMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MARINGÁ, PR**

Aprovado em: **01 de dezembro de 2014**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sonia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá - Presidente

Profa. Dra. Maria Lúcia Zanetti
Universidade de São Paulo - Membro Titular

Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Universidade Federal do Paraná – Membro Titular

Profa. Dra. Laura Misue Matsuda
Universidade Estadual de Maringá - Membro Titular

Profa. Dra. Catarina Aparecida Sales
Universidade Estadual de Maringá - Membro Titular

*Dedico à minha filha Sarah.
Amor da minha vida. Fonte de toda a força, coragem, resiliência e
perseverança que precisei empreender para chegar ao fim desta
caminhada. Inspiração e sinônimo de amor incondicional e infinito em
minha vida.
É tudo por você meu amor!*

Agradecimentos

A Deus, por ter me concedido o presente de realizar mais um sonho: subir mais um degrau profissional e poder compartilhar mais esta vitória com a minha família. Por ter me fortalecido na fé e ter me feito mais resistente a cada dia, enchendo meu espírito de paciência, coragem, perseverança e confiança que eu conseguiria concluir este trabalho. Por ter me feito cada vez mais acreditar que “a mão de Deus nunca nos levará onde a Sua graça não possa nos alcançar”.

Aos meus pais, *Ayla* e *Elias*, pelo amor, apoio, dedicação, compreensão e paciência. Em especial minha “*mainha*”, minha rainha, minha inspiração de força, coragem, dignidade e fé. Àquela que sempre acredita em mim, mesmo quando até eu duvido. Aquela que me apoia com tanta paciência e amor; que consegue me fazer ir mais longe e por quem eu iria até o fim do mundo. Que enche meu peito de confiança e paz apenas com o som da sua voz “ao telefone”. Mainha você é e sempre será meu exemplo!!

À minha *Sarah*, pelos tantos dias e noites em que estive longe, pela compreensão e paciência diante da minha ausência. Por todos os abraços e beijos que não pude dar, pelas tarefas da escola que não ajudei a fazer, pelas mudanças inerentes à idade adolescente que eu não vi acontecer, por esses cinco anos de muita distância física, porém, de muito amor e de presença de espírito... Meu coração esteve com você todos esses longos dias meu amor!!

Às minhas irmãs, *Helaine* e *Alana*, minhas meninas e melhores amigas, minhas “doutoras”, meus orgulhos, por sempre estar ao meu lado, me incentivarem, acreditarem em mim, me fazerem mais forte e, cada dia mais, me fazerem acreditar que a família é o bem mais precioso de todos e sem ela, nada somos! Amo vocês incondicionalmente.

Ao meu amado, companheiro, amigo, namorado, parceiro, ajudante e agora noivo *William Freitas*. Meu príncipe encantado! Presente perfeito que Deus me deu, sabendo das provações que me aguardavam neste doutorado. Agradeço a você meu amor, pelas tantas vezes que me fortaleceu, que me ajudou, confiou em mim e me fez acreditar que conseguiria concluir esse trabalho. Pela dedicação, apoio, incentivo e paciência infinita. Essa vitória não é apenas minha, mas nossa. E sem você, ela jamais seria tão perfeita!

À minha orientadora, e tantas vezes mãe, madrastra e amiga *Dra. Sonia Silva Marcon*, por ter me aceito, confiado e acreditado em mim. Por me “adotar” nesses últimos cinco anos. Pela orientação e acolhida em tantos momentos, e por tantas vezes me cobrar, me fazer crescer, me ensinar a aprender e me mostrar que minha capacidade é infinita, basta apenas uma boa pitada de esforço e dedicação. Minha eterna gratidão, amizade, carinho e reconhecimento.

Aos amigos e parceiros de trabalho que conquistei durante essa jornada, *Hellen Pollyanna*, *Elen Ferraz* e *Guilherme Arruda*, cuja ajuda foi fundamental e que sem ela, certamente esse doutorado não teria sido tão ricamente aproveitado. Vocês são meus exemplos! Sempre estarão em minha vida e em meu coração.

Aos amigos especiais, anjos que Deus colocou em minha vida para me fortalecer em todos os momentos de alegria, vitórias, angústia, solidão e desânimo. Em especial à **Flávia Matheus, Cheila, Rafaely, Elza, Cremilde e Karine**. Obrigada por me permitirem fazer parte de suas vidas, por terem me feito sentir especial, pela parceria, amizade dedicada e apoio.

Às alunas da graduação pela ajuda valiosa nas coletas de dados. Obrigada pela dedicação e empenho.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Maringá** pela permissão para o desenvolvimento do estudo e, aos diretores das Unidades Básicas de Saúde e aos enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família pela disponibilidade e oportunidade de conhecer mais de perto a organização e o processo de cuidado dispersado às pessoas com diabetes.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** e pela concessão da bolsa de apoio financeiro.

Às **pessoas com diabetes** participantes do estudo, por nos abrirem as portas de seus lares e compartilharem conosco percepções, informações, experiências, dificuldades, facilidades e dúvidas. Obrigada pela receptividade e confiança em nós depositada. Sua participação deu alma a este estudo.

Às professoras **Dra. Maria Lúcia Zanetti, Dra. Maria de Fátima Mantovani, Dra. Laura Misue Matsuda e Dra. Catarina Aparecida Sales**, pelo aceite e disponibilidade em participar da minha banca de defesa, pela qualidade e competência empenhadas na avaliação do meu trabalho e pela delicadeza e sutileza com a qual manifestaram suas contribuições, deixando-me honrada por tê-las.

À secretária **Cristiane Druciak**, sempre tão solícita, gentil, atenciosa e paciente. Sua luz e mansidão certamente faz dos nossos dias de pós-graduandos bem mais amenos e agradáveis.

E, finalmente, a todos que de alguma forma contribuíram nessa minha caminhada.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou, sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

SANTOS, A. L. **AValiação da Qualidade da Assistência às Pessoas com Diabetes Mellitus no âmbito da Atenção Primária em Maringá, Paraná.** XX f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Dra. Sonia Silva Marcon. Maringá, 2014.

RESUMO

Estudo avaliativo, quantitativo, transversal, que teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no âmbito da atenção primária a saúde no município de Maringá-PR. Foram avaliadas as 29 Unidades Básicas de Saúde, 63 equipes da Estratégia Saúde da Família e 408 usuários com diabetes mellitus tipo 2, no período de novembro de 2013 e julho de 2014. Os dados foram coletados por meio de entrevistas. Para análise dos dados utilizou-se os componentes estrutura, processo e resultado, a matriz SWOT, o diagrama de relações e a estatística descritiva e inferencial (análise de variância, qui-quadrado e regressão logística múltipla), considerando significativo o valor de $p < 0,05$. Os resultados mostraram, de modo geral, que a qualidade da assistência às pessoas com diabetes tipo 2 é insuficiente, devido especialmente a ausência de componentes da estrutura física, insumos, materiais e equipamentos necessários para a assistência; e ao processo de trabalho apontou insuficiência relacionada às ações de educação em saúde, captação de casos novos, acompanhamento e monitoramento, gerenciamento das informações, oferta de educação permanente e planejamento das ações das equipes. A adesão dos usuários aos serviços oferecidos, vínculo com a equipe, envolvimento dos profissionais e oferta de atividades educativas, foram citados como potencialidades pelos enfermeiros; enquanto a não adesão ao tratamento, lacunas no processo de trabalho da equipe e reduzida disponibilidade de recursos, como limitações na assistência. Em relação aos atributos da atenção primária, segundo enfermeiros e usuários, evidenciou-se que não houve diferença entre as médias apontadas no atributo acesso aos serviços; diferindo da longitudinalidade, coordenação e elenco de serviços que apresentaram diferença significativa nas médias gerais. Quanto à qualidade dos cuidados ofertados, observou-se que 24,0% usuários com diabetes eram aderentes à alimentação adequada, 29,4% à prática de atividade física e 84,1% ao tratamento medicamentoso. Ainda, 27,9%, referiram complicações da doença e 27,5% hospitalizações decorrentes do diabetes. Verificou-se que a adesão ao tratamento medicamentoso esteve relacionada à participação em atividades de educação em saúde (OR= 2,83) e atendimento pelo mesmo enfermeiro (OR=2,28). A verificação da glicemia capilar, trimestralmente, e a orientação sobre a prática de atividade física (OR= 0,45 e 1,93, respectivamente), mostrou-se relacionada à alimentação

adequada. Já a prática de atividade física frequente foi mais referida por aqueles que estavam satisfeitos com a assistência recebida (OR= 2,99), que aguardavam muito tempo para serem atendido (OR= 2,51), orientados sobre o estado de saúde (OR= 1,94), atendidos pelo mesmo enfermeiro (OR= 1,72), que participavam das atividades de educação em saúde (OR= 0,57) e que eram atendidos no mesmo dia que procuravam a UBS (OR= 0,49). Não receber orientações sobre alimentação adequada (OR= 1,60), ter a pressão arterial verificada durante as consultas (OR= 2,85) e estar satisfeito com a assistência recebida (OR= 0,46), estiveram associadas com ausência de complicações microvasculares. A ausência de hospitalização decorrente do diabetes apresentou associação com a periodicidade de verificação da glicemia capilar (OR= 5,15), ausência de exames nos pés (OR= 2,97), agendamento de consulta no mesmo dia (OR= 2,53) e entrega de antidiabéticos orais e/ou insulina (OR= 2,90). Encontrou-se taxa de 81,9% de satisfação com a assistência, sendo maior entre os homens (OR= 2,96), que praticam atividade física (OR= 2,54), atendidos no mesmo dia em que vão à Unidade Básica de Saúde (OR= 2,60), que recebem orientações sobre alimentação adequada (OR= 2,72), e que conseguem mostrar os resultados de exames ao médico com maior facilidade (OR= 3,09), sendo fator de proteção, às vezes receber os antidiabéticos orais e/ou insulina (OR= 0,12). Concluiu-se que há necessidade de reorganização da assistência às pessoas com diabetes em Maringá, de modo a atingir a excelência da qualidade do cuidado ofertado, visto que os resultados apontam assistência aos usuários com diabetes e atributo da atenção primária a Saúde, voltados para o modelo biomédico e para as ações curativas em detrimento das de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Palavras chave: Diabetes Mellitus, Avaliação de programas e projetos de saúde, Atenção primária à saúde, Saúde da família.

SANTOS, A. L. EVALUATION OF THE QUALITY OF THE ASSISTANCE PROVIDED TO INDIVIDUALS WITH DIABETES MELLITUS WITHIN THE SCOPE OF PRIMARY HEALTH CARE IN MARINGÁ, PARANÁ. 245 f. Thesis (Doctorate in Nursing) - State University of Maringa. Supervisor: Doc. Sonia Silva Marcon. Maringa, 2014.

ABSTRACT

This is an evaluative, quantitative, cross-sectional study accomplished in Maringá-Pr with the objective of evaluating the quality of the attendance given to individuals with diabetes mellitus type 2 in the scope of primary health care in the municipal district of Maringá-PR. Twenty-nine Basic Health Units, 63 nurses from Family Health Strategy Program and 408 patients with diabetes mellitus type 2 were assessed, from November 2013 to July 2014. Data was collected through interviews. For data analysis it was used the components structure, process and result, the SWOT matrix, the diagram of relationships and the descriptive and inferential statistics (variance analysis, chi-square and multiple logistics regression), considering significant the value of $p < 0.05$. Results showed insufficiency or absence of components of the physical structure, inputs, materials and necessary equipment for the assistance. The work process pointed inadequacy related to the actions in health education, captivation, follow-up and supervision of new cases, management of the information, offer of permanent education, and planning of actions of the teams. The adhesion of the users to the offered services, connection with the team, the professionals' involvement and offer of educational activities, were mentioned as potentialities by the nurses; while the non-compliance to the treatment, gaps in the team work process and reduced availability of resources, as limitations in the assistance. In relation to the attributes of the primary health care, according to the nurses and users, it was evidenced that there was no difference among the pointed averages in the attribute access to the services; differing from the longitudinality of care, coordination and the kind of services provided that presented significant difference in the general averages. With relationship to the quality of the care that are offered, it was observed that 24.0% of users with diabetes were in compliance with the appropriate diet, 29.4% with the practice of physical activity and 84.1% with the medical treatment. Also, 27.9% of them referred complications of the disease and 27.5% mentioned hospitalizations due to diabetes. It was verified that the adhesion to the medical treatment was related to the participation in activities of health education (OR = 2.83) and assistance by the same nurse (OR=2.28). Checking capillary glycaemia every 3 months, and the orientation on the practice of physical activity (OR = 0.45 and 1.93, respectively), were shown to be related to a proper

diet. The practice of frequent physical activity was already more frequently mentioned by those that were satisfied with the received assistance (OR = 2.99), that waited for a long time to be assisted (OR = 2.51), informed about their health condition (OR = 1.94), assisted by the same nurse (OR = 1.72), that took part on the activities of health education (OR = 0.57) and that were assisted in the same day that sought assistance at the BHU (OR = 0.49). Having no orientation about a proper diet (OR = 1.60), having blood pressure checked during the visit to a doctor (OR = 2.85) and to be satisfied with the received assistance (OR = 0.46), were associated with absence of microvascular complications. The absence of hospitalization for problems related to diabetes presented association with the periodicity of the capillary glycaemia checking (OR = 5.15), absence of exams of the feet (OR = 2.97), a doctor visit in the same day (OR = 2.53) and delivery of oral anti-diabetic medicine and/or insulin (OR = 2.90). Rates of 81.9% of satisfaction with the assistance were found, being greater among the men (OR = 2.96), who do physical exercises (OR = 2.54), are assisted in the same day they go to the Basic Health Unit (OR = 2.60), that receive orientation about a proper diet (OR = 2.72), and that are able to show the results of exams to the doctor with promptness (OR = 3.09). To receive oral anti-diabetic medicine and/or insulin (OR = 0.12) was considered a factor of protection. It was concluded that there is a need of reorganizing the assistance provided to the individuals with diabetes in Maringá, in a way to reach the excellence of the quality of the care that is offered, considering that the results point to an assistance to the users with diabetes directed to the biomedical model and to the curative actions in detriment of the ones of health promotion and prevention of injuries.

Keywords: Diabetes Mellitus, Evaluation of projects and health programs, Primary Health Care, Family Health.

SANTOS, A. L. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA A LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN MARINGÁ, PARANÁ. XX f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Orientadora: Dra. Sonia Silva Marcon. Maringá, 2014.

RESUMEN

Estudio evaluativo, cuantitativo, que tuvo como objetivo evaluar la calidad de la asistencia a las personas con diabetes mellitus tipo 2 en el ámbito de la atención primaria a la salud en la ciudad de Maringá-PR. Fueron evaluadas las 29 Unidades Básicas de Salud, a 63 enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia y a 408 usuarios con diabetes mellitus tipo 2, de noviembre de 2013 a julio de 2014. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas. Para el análisis de los datos se utilizaron los componentes estructura, proceso y resultado, la matriz SWOT, el diagrama de relaciones y la estadística descriptiva e inferencial (análisis de varianza, chi-cuadrado y regresión logística múltiple), considerando significativo el valor de $p < 0,05$. Los resultados mostraron insuficiencia o ausencia de componentes de la estructura física, insumos, materiales y equipamientos necesarios para la asistencia. El proceso de trabajo señaló insuficiencia relacionada a las acciones de educación en salud, captación de casos nuevos, acompañamiento y monitoreo, administración de las informaciones, oferta de educación permanente y planificación de las acciones de los equipos. La adhesión de los usuarios a los servicios ofrecidos, vínculo con el equipo, involucramiento de los profesionales y oferta de actividades educativas, fueron citados como potencialidades por los enfermeros; mientras la no adhesión al tratamiento, lagunas en el proceso de trabajo del equipo y reducida disponibilidad de recursos, como limitaciones en la asistencia. En relación a los atributos de la atención primaria, según enfermeros y usuarios, se evidenció que no hubo diferencia entre las medias señaladas en el atributo acceso a los servicios; difiriendo de la longitudinalidad, coordinación y elenco de servicios que presentaron diferencia significativa en las medias generales. En cuanto a la calidad de los cuidados ofertados, se observó que el 24,0% de los usuarios con diabetes era adherente a la alimentación adecuada, el 29,4% a la práctica de actividad física y el 84,1% al tratamiento medicamentoso. Aun, el 27,9% refirió complicaciones de la enfermedad y el 27,5% hospitalizaciones derivadas del diabetes. Se verificó que la adhesión al tratamiento medicamentoso estuvo relacionada a la participación en actividades de educación en salud (OR= 2,83) y atención por el mismo enfermero (OR=2,28). La verificación de la glucemia capilar, trimestralmente, y la orientación sobre la práctica de actividad física (OR= 0,45 e 1,93, respectivamente), se mostró relacionada a la

alimentación adecuada. Ya la práctica de actividad física frecuente fue la más referida por aquellos que estaban satisfechos con la asistencia recibida (OR= 2,99), que aguardaban a mucho tiempo para ser atendidos (OR= 2,51), orientados sobre el estado de salud (OR= 1,94), atendidos por el mismo enfermero (OR= 1,72), que participaban de las actividades de educación en salud (OR= 0,57) y que eran atendidos en el mismo día que buscaban por la UBS (OR= 0,49). No recibir orientaciones sobre alimentación adecuada (OR= 1,60), tener la presión arterial verificada durante las consultas (OR= 2,85) y estar satisfecho con la asistencia recibida (OR= 0,46), estuvieron asociadas con la ausencia de complicaciones microvasculares. La ausencia de hospitalización derivada del diabetes presentó asociación con la periodicidad de verificación de la glucemia capilar (OR= 5,15), ausencia de exámenes en los pies (OR= 2,97), cita médica en el mismo día (OR= 2,53) y entrega de antidiabéticos orales e/o insulina (OR= 2,90). Se encontró la tasa del 81,9% de satisfacción con la asistencia, siendo mayor entre los hombres (OR= 2,96), que practican actividad física (OR= 2,54), atendidos en el mismo día en que van a la Unidad Básica de Salud (OR= 2,60), que reciben orientaciones sobre alimentación adecuada (OR= 2,72), y que consiguen mostrar los resultados de exámenes al médico con mayor facilidad (OR= 3,09), siendo factor de protección, a veces recibir los antidiabéticos orales e/o insulina (OR= 0,12). Se concluye que hay la necesidad de reorganización de la asistencia a las personas con diabetes en Maringá, de modo a alcanzar la excelencia de la calidad del cuidado ofrecido, visto que los resultados señalan que ocurren la asistencia a los usuarios con diabetes y el atributo de la atención primaria a la Salud, están dirigidos para el modelo biomédico y para las acciones curativas en detrimento de las de promoción de la salud y prevención de agravios.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Evaluación de programas y proyectos de salud, Atención primaria a la salud, Salud de la familia.

APRESENTAÇÃO

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Assistência às pessoas com diabetes mellitus na Atenção Básica: avaliação do serviço, condições de saúde e enfrentamento da doença para implementação de estratégias de cuidado”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Edital Universal 487109/2013). Teve como objetivo Avaliar a qualidade da assistência prestada às pessoas com diabetes mellitus no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município de Maringá-PR.

Os resultados desta tese estão apresentados sob a forma de cinco manuscritos científicos.

Manuscrito 1: Assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária: análise de estrutura e processo. Trata-se de estudo avaliativo, transversal, cujo objetivo foi caracterizar a estrutura das unidades básicas de saúde e o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família ao atendimento às pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Pretende-se submetê-lo à revista Ciência e Saúde Coletiva.

Manuscrito 2: Assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. Estudo avaliativo, exploratório, que teve como objetivo analisar as potencialidades e limitações da assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na perspectiva dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. A pretensão de submissão é para a revista Texto & Contexto Enfermagem.

Manuscrito 3: Assistência ao diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária: avaliação de enfermeiros e usuários. Trata-se de estudo avaliativo, de abordagem quantitativa, com objetivo de comparar como enfermeiros e usuários avaliam a assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 segundo os atributos essenciais da atenção primária. Pretende-se submetê-lo à revista Acta Paulista de Enfermagem.

Manuscrito 4: Relação entre assistência prestada pelas equipes da estratégia saúde da família às pessoas com diabetes tipo 2 e os parâmetros de controle da doença. Estudo avaliativo, transversal, cujo objetivo foi relacionar a assistência prestada às pessoas com diabetes tipo 2 pelas equipes da Estratégia Saúde da Família com os parâmetros de controle da doença. Pretende-se submetê-lo ao International Journal for Equity in Health.

Manuscrito 5: Avaliação de pessoas com diabetes tipo 2 acerca da assistência recebida, e fatores associados. Estudo avaliativo, transversal, que objetivou verificar a avaliação de pessoas com diabetes tipo 2 acerca dos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde

da Família e os fatores associados. Pretende-se submetê-lo à revista Latino Americana de Enfermagem.

Ressalta-se que as demais seções desta tese estão estruturadas em Introdução, Objetivo, Quadro Teórico, Método, Considerações Finais, Implicações para a enfermagem e Referências.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	American Diabetes Association
APS	Atenção Primária à Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
HA	Hipertensão Arterial
IDF	International Diabetes Federation
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PMS	Programa Maringá Saudável
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RMPS	Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mortes atribuídas ao DM em pessoas de 20 a 79 anos, 2013	29
Figura 2	Número de pessoas com DM por regiões, 2013.....	29
Figura 3	Objetivos e Metas do Plano de Ação Global para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, 2013.....	34
Figura 4	Atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde.....	68
Figura 5	Mapa do Município de Maringá, dividido por Unidades Básicas de Saúde, 2014.....	76
Figura 6	Fluxograma dos gestores, enfermeiros e usuários com DM2 participantes do estudo, 2014.....	78
Figura 7	Modelo lógico das ações para assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na Estratégia Saúde da Família, 2014.....	86
Figura 8	Diagrama de relações da assistência prestada a pessoas com diabetes pela equipe da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de enfermeiros. Maringá, PR, 2014.....	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Matriz <i>SWOT</i> da assistência às pessoas com diabetes acompanhadas na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva do enfermeiro. Maringá, 2014....	119
----------	--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Plano amostral de acordo com as UBSs, estratificado segundo o número de usuários assistidos e entrevistados em cada uma das equipes da ESF.....	79
Tabela 3	Distribuição da frequência de espaço físico em condições de uso e em quantidade suficiente, disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde, Maringá, PR, 2014.....	103
Tabela 4	Distribuição da disponibilidade de materiais, equipamentos e insumos em condições de uso e em quantidade suficiente, para a assistência às pessoas com diabetes nas Unidades Básicas de Saúde da Família, Maringá, Paraná, 2014.....	104
Tabela 5	Disponibilidade dos componentes relacionados a assistência às pessoas com diabetes mellitus pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, Maringá, PR, 2014.....	105
Tabela 6	Distribuição dos componentes relacionados à organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família para assistência às pessoas com diabetes mellitus, Maringá, PR, 2014.....	107
Tabela 7	Valor médio (x), desvio padrão (s) e p -valor dos indicadores de acesso e longitudinalidade da assistência às pessoas com diabetes mellitus na ESF, na perspectiva de enfermeiros e usuários, Maringá, Paraná, 2014.....	136
Tabela 8	Valor médio (x), desvio padrão (s) e p -valor dos indicadores de coordenação e elenco de serviços na assistência ao diabetes mellitus na ESF, na perspectiva de enfermeiros e usuários, Maringá, Paraná, 2014.....	137
Tabela 9	Análise bivariada e modelo de regressão logística múltipla dos fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em pessoas com diabetes mellitus assistidas na Estratégia Saúde da Família, Maringá, PR, 2014.....	149
Tabela 10	Análise bivariada e regressão logística múltipla dos fatores associados à ausência de complicações do diabetes e de hospitalizações decorrentes da doença, em pessoas com diabetes mellitus assistidas na Estratégia Saúde da Família, Maringá, PR, 2014.....	151
Tabela 11	Análise univariada dos dados sociodemográficos, tempo de diagnóstico da doença, periodicidade de verificação de glicemia capilar e comportamental, segundo avaliação positiva por pessoas com DM2 assistidas pelas equipes da ESF, Maringá, PR, 2014.....	164
Tabela 12	Análise univariada da associação das variáveis relacionadas aos serviços	165

oferecidos pela mesma equipe da ESF em usuários com DM2 que avaliaram positivamente a assistência das equipes da ESF (n=334), Maringá, PR, 2014.....

Tabela 13	Distribuição e análise univariada das variáveis relacionadas aos serviços oferecidos pelas equipes da ESF, segundo frequência de realização, em pessoas com DM2 que avaliaram positivamente a assistência (n=334), Maringá, PR, 2014.....	166
Tabela 14	Distribuição e análise univariada das variáveis relacionadas ao acesso aos serviços oferecidos pelas equipes da ESF, segundo presença de avaliação positiva em usuários com DM2, Maringá, PR, 2012.....	166
Tabela 15	Análise múltipla de variáveis sociodemográficas e relacionadas à oferta e ao acesso aos serviços, segundo avaliação positiva em pessoas com DM2 assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, Maringá, Paraná, 2014.....	167

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÃO AO TEMA	23
2	INTRODUÇÃO	27
2.1	Diabetes mellitus tipo 2: uma epidemia mundial sensível à atenção primária	28
2.2	Atenção Primária à Saúde como ordenadora dos serviços e porta de entrada	40
2.3	Avaliação de serviços de saúde: ferramenta essencial para a tomada de decisão	47
3	OBJETIVO	59
3.1	Geral	60
3.2	Específicos	60
4	QUADRO TEÓRICO	61
5	MATERIAIS E MÉTODOS	73
5.1	Tipo de estudo	74
5.2	Local de estudo	75
5.3	População de estudo e amostra	77
5.4	Variáveis do estudo	79
	5.4.1 <i>Variáveis relacionadas à estrutura</i>	79
	5.4.2 <i>Variáveis relacionadas ao processo</i>	81
	5.4.3 <i>Variáveis relacionadas ao resultado</i>	82
5.5	Instrumentos de coleta de dados	84
	5.5.1 <i>Questionário referente à avaliação das Unidades Básicas de Saúde</i>	87
	5.5.2 <i>Questionário referente à avaliação do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família</i>	88
	5.5.3 <i>Questionário referente aos resultados mediante assistência oferecida às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na ESF</i>	89
5.6	Coleta dos dados e instrumentos utilizados	90
	5.6.1 <i>Coleta de dados referente à estrutura das Unidades Básicas de Saúde</i>	91
	5.6.2 <i>Coleta de dados referente ao processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família</i>	91
	5.6.3 <i>Coleta de dados referente aos resultados mediante assistência oferecida</i>	91

	<i>às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na ESF.....</i>	
5.7	Organização dos dados para análise.....	91
5.8	Aspectos éticos	95
6	RESULTADOS	96
	6.1 Manuscrito 1	98
	6.2 Manuscrito 2	115
	6.3 Manuscrito 3	132
	6.4 Manuscrito 4	143
	6.5 Manuscrito 5	159
7	CONCLUSÃO DO ESTUDO	176
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	180
9	IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	183
	REFERÊNCIAS	187
	APÊNDICES	
	ANEXOS	



1. Aproximação ao tema

“Os que se encantam com a prática sem ocupar-se da ciência, são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.
(Leonardo da Vinci)

Relembrando minha trajetória profissional e pessoal, identifico meu envolvimento com a enfermagem desde muito tempo, mais especificamente ao ingressar em um Curso Técnico de Enfermagem, aos 18 anos, em 2002. Esse Curso abriu-me as fronteiras do pensamento e deu início à minha paixão pela enfermagem, o que me levou à graduação em Enfermagem. Iniciei o Curso de Enfermagem aos 19 anos, em uma pequena Faculdade privada na cidade de Cajazeiras, na Paraíba. Mãe solteira, aos 15 anos, de uma linda menina, e oriunda de família humilde, desde cedo aprendi a trabalhar vendendo diversos objetos nas ruas durante romarias e festas religiosas. Com uma vontade imensa de estudar, encontrei-me deslumbrada frente à possibilidade de realizar um curso de nível superior, pois, via nisso a oportunidade de crescer na vida. Além dessa perspectiva, ser o único membro da família com curso superior até então, me deixava ainda mais fortalecida.

Ao ingressar no curso de enfermagem pude realmente reconhecer a área de atuação que me faria feliz: a assistência complementada pela docência. Durante toda a graduação tive a oportunidade de atuar em monitorias de disciplinas e projetos de pesquisa e extensão, que deram vazão ao meu desejo pela carreira docente e participação em pesquisas em áreas diversas. Apesar de jamais ter redigido um artigo científico durante a graduação, fruto do tênue estímulo à pesquisa de que se dispunha, participei de algumas pesquisas coletando dados e discutindo resultados, o que me rendeu alguns resumos apresentados em eventos científicos. Esse fato, relacionado à experiência de atuar, na condição de professora durante um ano, em um curso técnico de enfermagem, logo após a graduação, confirmou essa opção, motivando-me a tentar o ingresso em um Curso de Pós-Graduação *stricto sensu* em nível de Mestrado.

Frente à decisão de participar da seleção para o Mestrado veio-me a inquietação: Qual tema abordar no projeto? Como e com o quê trabalharia? Durante a graduação, em meu Trabalho de Conclusão de Curso, desenvolvi um estudo com 30 gestantes, objetivando investigar como percebiam a qualidade da assistência pré-natal que lhes era ofertada. Essa investigação baseou-se em minha experiência, pois a gravidez adolescente suscitou em mim diversas dúvidas e medos ignorados pelo serviço de saúde onde realizei meu pré-natal. Do mesmo modo, no referido estudo, a maioria das participantes revelou que, apesar de estarem

satisfeitas com a assistência, tinham muitas dúvidas nem sempre esclarecidas pelos profissionais de saúde. Esse fato me levou a crer que a implementação de um grupo educativo junto às gestantes poderia ser um bom modo de oferecer tais orientações. Destarte, a inquietação gerada pelo TCC levou-me a apresentar, na seleção do mestrado, um projeto propondo promover a educação em saúde, a partir da oferta de orientações e oficinas manuais, de modo dialógico, porém com a participação efetiva das gestantes e familiares.

As tentativas, sem êxito, na seleção de Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte e na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, levaram-me à Universidade Estadual de Maringá, no Paraná, na qual fui aprovada. Isto simbolizou uma mudança audaciosa de cidade, de estado e de vida, além de um desafio, em que uma cearense até então leiga no campo da pesquisa científica, teria como orientadora a professora mais ativa e mais produtiva do referido Programa de Pós-Graduação. Para minha alegria fui muito bem recebida e, apesar de ter vivenciado limitações no que se refere à escrita científica, por meio da ajuda da minha orientadora e do grupo de pesquisa do qual participo, tenho conseguido evoluir gradativamente.

No que diz respeito à Dissertação, desde o primeiro contato com a minha orientadora tomei conhecimento de que a proposta apresentada na seleção não seria possível, pois a orientadora desejava realizar estudos junto às pessoas com doenças crônicas e seus familiares. Apesar de jamais ter pensado sobre essa temática, após um longo período de conversação, reflexão e análise de estudos diversos, decidimos realizar uma pesquisa com abordagem dialógica, por meio da oferta de educação em saúde em grupos de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), com o intuito de discutir aspectos relacionados à doença, ao convívio com a mesma e às dificuldades/facilidades no autocuidado.

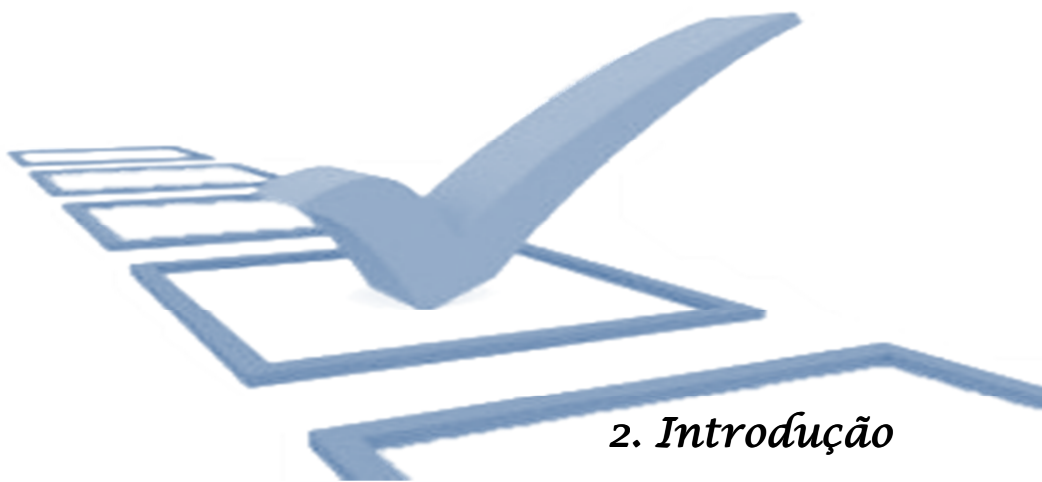
A coleta de dados da Dissertação ocorreu mediante encontros semanais com pessoas com DM2 cadastradas em uma Associação de Diabéticos em Maringá, durante 12 semanas. Os temas discutidos eram definidos no decorrer dos encontros, mediante a demanda gerada pelos participantes durante a realização de oficinas manuais. Os resultados e discussões advindos desses encontros permitiram-me reconhecer que, apesar de, em geral, as pessoas com diabetes estarem cientes da importância da mudança de hábitos de vida e da necessidade de adesão às orientações médicas quanto ao tratamento da doença, as recomendações não são seguidas pelas pessoas com DM2.

Ademais, foi possível apreender a insatisfação dos indivíduos para com a assistência recebida na Atenção Primária, especialmente no que se refere às práticas de promoção da saúde, realizadas basicamente por meio de palestras (que, em geral, eram consideradas

repetitivas e maçantes); à relação interpessoal com os membros da equipe, e à fragilidade dos aspectos relacionados ao acesso e ao princípio da integralidade do cuidado. Por diversas vezes foi enfatizado pelos participantes que a busca pelo Serviço ocorria basicamente devido à necessidade de adquirir os medicamentos e que pouco mais que isso era oferecido no local. Nessa perspectiva, surgiu o interesse pela avaliação da assistência às pessoas com DM2, à luz das diretrizes estabelecidas pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2001) e das recomendações do Caderno de Atenção Básica ao DM (BRASIL, 2006).

De modo complementar, durante o mestrado tive a oportunidade, em conjunto com o grupo de pesquisa do qual faço parte, de desenvolver estudos sobre o DM2 quanto aos fatores de risco relacionados, complicações e hospitalizações, os quais sinalizaram a magnitude dessa doença no contexto epidemiológico atual, e a relevância da Atenção Primária nos cuidados e prevenção de agravos dela decorrentes. Nesses estudos, foram encontradas elevadas taxas de prevalência de complicações e de hospitalizações causadas pelo DM2, em Maringá, com tendência crescente em adultos jovens. Somado a isso, a busca por artigos sobre avaliação da assistência prestada às pessoas com DM2 na Atenção Primária e o impacto desta, mostrou a escassez de tal abordagem. Esses dados, somados aos resultados da minha dissertação, fizeram-me refletir sobre a necessidade de desenvolver um estudo de avaliação da assistência prestada às pessoas com DM2 no âmbito da Atenção Primária de Maringá, referente aos recursos disponíveis, serviços oferecidos, efetividade e, também, a satisfação dos usuários com a assistência recebida.

E foi extremamente valioso desenvolver um estudo com essa amplitude, porque pude perceber os hiatos presentes na prática assistencial às pessoas com DM2, no município, o que pode auxiliar a tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde, mas, acima de tudo, permitiu meu crescimento na qualidade de pesquisadora e enfermeira, atualmente apaixonada pela Atenção Primária. Além disso, suscitou-me o desejo de replicá-lo em outras realidades e localidades, por meio de estudos multicêntricos, a fim de inferir sobre a influência cultural, social, política e organizacional, sobre os resultados obtidos, de modo a compreender cada vez melhor a relevância e o impacto da porta de entrada do SUS – a Estratégia Saúde da Família, nos cuidados às pessoas do DM2, considerando os diferentes aspectos envolvidos no manejo eficiente da doença.



2. Introdução

2.1 Diabetes *mellitus* tipo 2: uma epidemia mundial sensível à Atenção Primária

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), consideradas epidêmicas na atualidade, constituem sério problema de saúde pública, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos. Tal realidade desencadeia marcantes consequências econômicas e sociais, além de tornar-se um desafio para serviços, profissionais e gestores de saúde (MENDES, 2012). No Brasil, nas últimas décadas, as DCNT passaram a determinar a maioria das causas de óbitos e incapacidades prematuras, além de ultrapassarem as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, representando altos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) (ALENCAR, 2013).

Dentre as DCNT destaca-se o diabetes *mellitus* (DM), doença de alta prevalência no Brasil e no mundo, considerada importante problema de saúde pública (SILVA et al., 2012). O DM configura-se como um transtorno metabólico de etiologia multifatorial, com duas classificações básicas: diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) e diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) (BRASIL, 2013). Estima-se que para 2030, nos países europeus e nos Estados Unidos, o aumento da prevalência de diabetes ocorrerá, excepcionalmente, nas faixas etárias mais avançadas, ao passo que nos países em desenvolvimento o incremento no número de casos da doença atingirá todas as idades, chegando a duplicar na faixa dos 20 aos 44 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

Estimativas apontam que o DM2 é a quarta ou a quinta causa principal de morte na maioria dos países desenvolvidos, sendo ainda mais acentuada naqueles em desenvolvimento, configurando-se como um dos agravos à saúde mais graves do século XXI. Apesar das diversas intervenções planejadas e implementadas, grande parte dos países ainda desconhecem a situação real do DM2, sua magnitude e potencial de aumento, pois grande parcela da população desconhece seu diagnóstico (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

Ilustrando a dimensão do agravo do DM2 no cenário epidemiológico mundial, a Federação Internacional de Diabetes (2013) recentemente publicou dados da doença, mostrando que o número de pessoas com o diagnóstico de DM2 passou de 371 milhões, no ano de 2012, para 382 milhões em 2013; e a prevalência da doença em pessoas maiores de 15 anos foi 8,3%, e 46% das pessoas desconhecem que tem a doença. Em relação aos óbitos, aproximadamente 5,1 milhões de pessoas entre 20 e 79 morreram de diabetes em 2013, representando 8,4% de toda a mortalidade entre as pessoas nessa faixa etária. O número estimado de mortes se assemelha, em magnitude, às mortes combinadas de várias doenças

infecciosas, implicando em uma a cada seis segundos, e quase metade (48%) ocorre em pessoas com menos de 60 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013) (Figura 1).

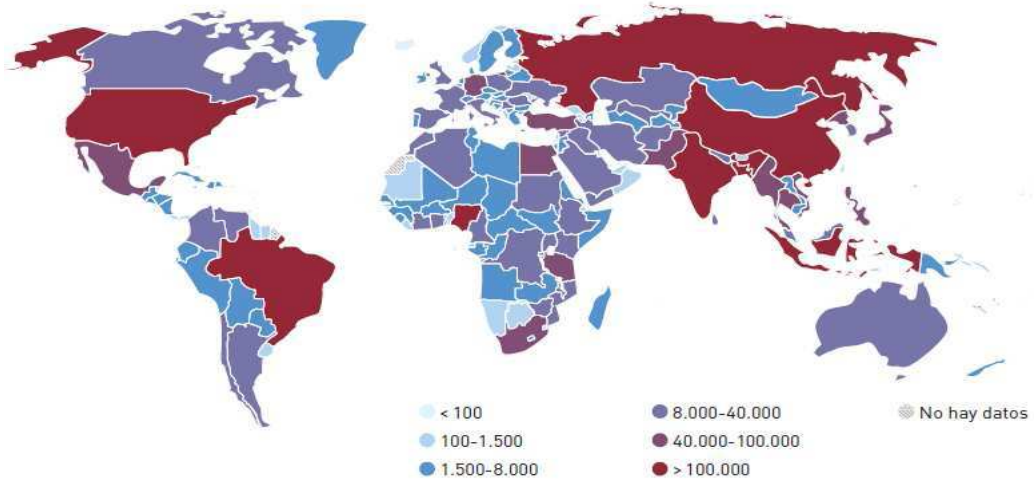


Figura 1: Mortes atribuídas ao DM2 em pessoas de 20 a 79 anos, 2013.
 Fonte: IDF (2013).

Ainda segundo a Federação Internacional de Diabetes (2013) existem em toda a América do Sul mais de 24 milhões de casos (Figura 2), sendo que apenas no Brasil, este número era de 11,9 milhões em 2013, e com previsão de chegar a 19,2 milhões em 2035, configurando-se como o maior número de casos em toda a América do Sul, e o que levará o Brasil à quarta colocação entre os países com mais casos da doença, ficando atrás apenas da China, Índia e Estados Unidos.

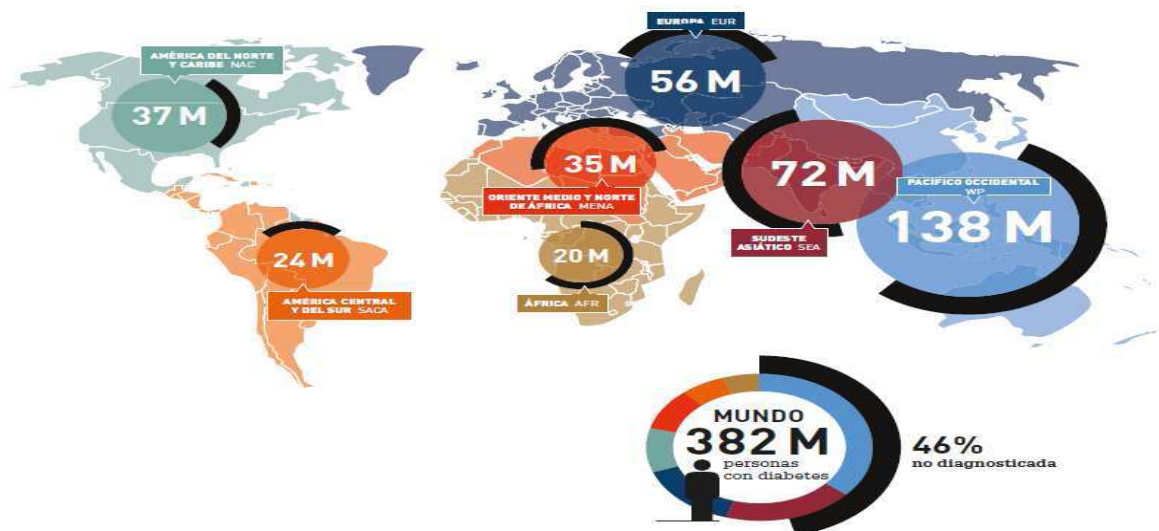


Figura 2. Número de pessoas com DM2 por regiões, 2013.
 Fonte: IDF (2013).

Ao se analisar a carga de doenças no Brasil entre as décadas de 1990 e 2000, o DM2 destaca-se entre as condições crônicas que mais contribuíram para o aumento da perda de anos de vida, ajustados por incapacidade, representando cerca de 5% (SCHMIDIT et al., 2011). Conforme estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o DM2 pode, ainda, comprometer o contingente da força de trabalho brasileira e até mesmo a manutenção de poupanças familiares nos próximos anos, possivelmente devido às complicações agudas e crônicas da doença, das quais decorrem altas taxas de morbimortalidade e custos onerosos para os sistemas de saúde (SCHMIDIT et al., 2011).

Desse modo, o DM2 é uma condição relevante no contexto da saúde pública mundial, em virtude da crescente incidência e prevalência na população, pois requer contínuos cuidados médicos, oferta de orientações e estímulo constante, visando ao automanejo da doença voltado à prevenção de complicações agudas e redução do risco das crônicas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012).

Estudo multicêntrico realizado em nível nacional, no período de 1987 a 1989, revelou prevalência de 7,6% na faixa etária de 30 a 69 anos, e de 17,4% na de 60 a 69 anos, apontando, desde então, a magnitude dessa epidemia e a necessidade de medidas mais incisivas de prevenção e controle da doença no país (MALERBI; FRANCO, 1992). Dados recentes revelam ainda, que a taxa de mortalidade por DM2, no Brasil, na faixa de 30 a 70 anos, atingiu o patamar de 248 mortes por 100.000 habitantes apenas no ano de 2008 (WORLD HEALTH STATISTICS, 2012).

Recentemente, a Sociedade Brasileira de Diabetes revelou que o número de pessoas com DM2 já passa dos 12 milhões, ou seja, 6,2% da população (BERTOLUCI et al., 2014). A pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para as Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada anualmente pelo MS, mostrou que a prevalência de DM2 autoreferida, entre pessoas brasileiras, com mais de 18 anos, aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011, chegando a 7,4% em 2012 (BRASIL, 2012). Esse avanço da doença está relacionado ao excesso de peso, à falta de exercícios físicos, à má alimentação e ao envelhecimento da população.

O Vigitel (2012), por sua vez, mostra que 75% do grupo de brasileiros que convive com o DM2 está acima do peso, e, pela primeira vez na história do país, o número de pessoas com sobrepeso superou a metade da população — 51% (BRASIL, 2012).

Ainda, segundo o Vigitel (2012), o DM2 é mais frequente em mulheres (8,1%) do que em homens (6,5%), e naqueles com baixa escolaridade, pois, entre os brasileiros com mais de 12 anos de estudo, 3,8% declararam ser diabéticos; e entre aqueles com até oito anos de

escolaridade essa frequência foi de 12%. O crescimento ocorreu em todas as faixas etárias, porém nas faixas de 35 a 44 anos e de 65 anos ou mais, o aumento foi mais significativo (26,6%), passando de 2,9% para 3,9%, e, posteriormente, de 19,2% para 22,9%, no período de 2006 a 2012 (BRASIL, 2012).

Estudo que utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em estados brasileiros mostrou que, em 2008, o coeficiente bruto de prevalência de diabetes foi 5,0% e, do de DM2 associado à Hipertensão Arterial (HA) foi de 3,3%. A região Sudeste apresentou o coeficiente mais elevado (5,8%), seguida pela região Sul (5,3%), Centro-Oeste (4,6%), e por fim, a região Norte apresentou o menor coeficiente (3,7%) (FREITAS; GARCIA, 2012).

A região Sul apresentou prevalência mais elevada entre as mulheres de 70 a 79 anos (21,5%). Em ambos os sexos o diagnóstico da doença é mais comum entre indivíduos com idade mais avançada, alcançando menos de 1,0% dos indivíduos entre 18 e 29 anos e mais de 10,0% dos indivíduos com 60 anos ou mais. Ademais, todas as regiões apresentaram aumento estatisticamente significativo do coeficiente padronizado de diabetes, não sendo, contudo, observada diferença significativa dos coeficientes entre os indivíduos que possuem plano de saúde em relação àqueles que fazem uso exclusivo do SUS (FREITAS; GARCIA, 2012).

Apesar da crescente prevalência de DM2 no país, há de se considerar a redução das desigualdades sociais nas doenças crônicas, e isso pode ser decorrência do papel equitativo do SUS, conforme sugerido nos estudos de Kaplan et al. (2010) e Frang et al. (2009). Esse fato pode ser reflexo do aumento da cobertura e da qualidade dos serviços públicos de saúde, de modo a possibilitar melhorias no diagnóstico e tratamento dessas doenças (BARROS et al., 2011).

Outro aspecto importante diz respeito ao elevado número de internações por DM2 registrados pelo Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, além dos gastos econômicos na ordem de R\$ 39 milhões em hospitalizações no SUS (BRASIL, 2001). Vale salientar que, no Paraná, entre os anos de 1998 e 2012, foram registradas 117.717 hospitalizações de pessoas com mais de 15 anos, de ambos os sexos, decorrentes do DM2, e em Maringá, no período de 2008 a 2013, o número de internações decorrentes do DM2, nessa mesma faixa etária, foi de 1.983 (BRASIL, 2014).

Grande parte das hospitalizações por DM2 se deve às complicações crônicas micro e macro vasculares (VIANA; RODRIGUES, 2011), as quais são a principal causa de morbimortalidade nos países desenvolvidos e constituem preocupação crescente para as autoridades de saúde (CULL, 2008). Ademais, indivíduos com diagnóstico de DM2 têm

chance duas a quatro vezes maior de morte por doença cardíaca em relação aos não diabéticos (RAJAMANI et al., 2009), e têm uma propensão quatro vezes maior de ter doença vascular periférica e doença vascular cerebral (SCOTT et al., 2009).

Em se tratando do nível socioeconômico, pessoas com DM2, que vivem em países em desenvolvimento, enfrentam maior risco de complicações da doença, pois consta que a prevalência da retinopatia entre os recém-diagnosticados com diabetes, no Egito, é de 15,7% em relação à Austrália, onde é de apenas 6,2% (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

Estudos vêm apontando elevadas taxas de complicações microvasculares. Queiroz e col. (2011) constataram prevalência de 41,4% para neuropatia periférica sensitiva, 28,2% de nefropatia e 16,4% de retinopatia, além de complicações macrovasculares, sendo a mais frequente a doença arterial coronariana (20%), seguida da doença vascular periférica (14,1%) e de doença vascular cerebral (4,7%).

Por sua vez, Santos e colaboradores (2014), em estudo realizado em Maringá-PR, relataram que a prevalência de complicações autoreferidas do diabetes foi de 53,8%, sendo a retinopatia a mais frequente (42,8%), seguida pela neuropatia periférica (14,5%) e pela nefropatia (12,9%), estando associadas à faixa etária; o sobrepeso/obesidade, o uso de insulina individualmente, desta associada ao antidiabético oral e, o tempo de diagnóstico, foram os fatores associados à presença de complicações.

Os fatos referidos evidenciam, de forma incontestável, os problemas relativos ao DM2 no contexto da saúde pública mundial e sugerem a importância do manejo rigoroso da doença na prevenção de complicações e melhoria na qualidade de vida daqueles acometidos pelo DM2, pois diversos estudos revelam que o acompanhamento sistemático dos indivíduos com DM2 e o tratamento intensivo da doença melhoram o controle metabólico e reduzem suas complicações crônicas (GAED et al., 2008; ADVANCE COLLABORATIVE GROUP et al., 2008; DUCKWORTH et al., 2009).

Considerando o impacto do DM na saúde pública e diante da relevância do acompanhamento sistêmico do DM2 à luz das evidências científicas, diversos projetos e programas internacionais foram implantados: o Programa de Enfermidades não Transmissíveis da Divisão de Prevenção e Controle de Enfermidades, da Organização Pan-Americana de Saúde, direcionado aos indivíduos com DM2; o Projeto Carmen – *Conjunto de Acciones para Reducción Multifactorial de Las Enfermedades No-Transmisibles nas Américas*; o Programa *Staged Diabetes Management*, nos Estados Unidos; *Diabetes Education Study Group*, na Europa, o *Country wide Integrated Non Communicable Diseases*

Intervention, na Europa e Canadá, o *United States-Mexico Border Diabetes Prevention and Control Project*, nos Estados Unidos e México, entre outros (MAZZE et al., 2001; NISSINEN; BERRIOS; PUSKA, 2001; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2002, 2003; MALDONATO, 2005; ALENCAR, 2013).

Mais recentemente, um plano de ação global com base na Declaração Política da ONU 2011 sobre as doenças não transmissíveis, anunciada na 66ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, em maio de 2013, estabeleceu um compromisso internacional e propôs uma ação global em resposta à epidemia de DM2 e demais DCNT. Nesse Plano de Ação Mundial foi elaborado o primeiro quadro global para monitoramento das doenças não transmissíveis com um conjunto de nove objetivos gerais (Figura 3) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Esse foi um importante avanço para a redução do DM2, pois o alcance dos objetivos exigem ação dos governos na prevenção da doença e redução de morbimortalidade, mediante a melhora no acesso ao tratamento, considerando-se que o acesso a tecnologias e drogas de qualidade e eficácia essencial permanece inaceitavelmente baixo em todo o mundo (CAMERON, 2011; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

Ressaltam-se, ainda, as iniciativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) no tocante à elaboração de estratégias de atenção à saúde para as DCNT, no qual o DM2 está incluído, por meio de três projetos: Cuidados inovadores para as condições crônicas, Estratégias de melhoria da adesão e; Atenção primária para as doenças crônicas (ALENCAR, 2013).

No Brasil, além de participação em projetos internacionais referentes às DCNT, em 1985 ocorreu uma das primeiras iniciativas para a organização da atenção às pessoas com DM2, mediante a elaboração do Plano Nacional de Prevenção e Controle do Diabetes *Mellitus*. Isso resultou na implantação do Programa Nacional de Educação e Controle do Diabetes *Mellitus*, em 1988, (BRASIL, 1988), mesmo ano em que a Constituição Federal Brasileira criou o SUS, como resultado de um movimento democrático para a organização e a transformação da oferta de assistência à saúde (ALENCAR, 2013). Todavia, a atenção à saúde direcionada para as necessidades dos usuários, desde a implantação do SUS até o final da década de 1990, foi considerada fragmentada e descontinuada, tanto nos aspectos clínicos quanto nas ações de promoção da saúde e redução dos fatores de risco. Apesar das experiências municipais exitosas quanto à garantia do acompanhamento dos casos de DM2 no contexto da Atenção Básica, a falta de vínculo entre acometidos por esse agravo e as unidades

de saúde, resultou em elevada busca por atendimento nos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2004b).

VISION:	
Un mundo libre de la carga evitable de enfermedades no transmisibles.	
OBJETIVOS	METAS MUNDIALES DE APLICACIÓN VOLUNTARIA
1. Otorgar más prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas mundial, regional y nacional y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, mediante el fortalecimiento de la promoción y la cooperación internacional.	1. Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%.
2. Reforzar la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de enfermedades no transmisibles.	2. Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%, según proceda, en el contexto nacional.
3. Reducir la exposición a factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud.	3. Reducción relativa de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10%.
4. Fortalecer y reorientar los sistemas de salud para abordar la prevención y control de las enfermedades transmisibles y los determinantes sociales subyacentes mediante una atención primaria centrada en las personas y la cobertura universal.	4. Reducción relativa de la ingesta poblacional media, de sal o sodio en un 30%.
5. Fomentar y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo de calidad en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.	5. Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más.
6. Vigilar la evolución y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar los progresos hacia su prevención y control.	6. Reducción relativa de la prevalencia de hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de hipertensión, en función de las circunstancias del país.
	7. Detención del aumento de la diabetes y la obesidad.
	8. Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.
	9. 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados.

Figura 3. Objetivos e Metas do Plano de Ação Global para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis.

Fonte: IDF (2013).

Frente a tal problemática, em 2001, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada ao DM2 e à HA e de reorganizar a atenção a essas doenças, especialmente no nível primário, o MS assumiu o compromisso de elaborar e implementar o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus*, em parceria com as sociedades científicas de cardiologia, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, nefrologia, entidades nacionais de pessoas com DM2 e HA, membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2001a).

Esse plano foi subdividido em quatro etapas: capacitação de multiplicadores para a atualização de profissionais da rede básica na atenção à HA e ao DM2; realização de campanhas de informação e de identificação de casos suspeitos; confirmação diagnóstica e

tratamento da doença e vinculação e cadastramento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde e nas equipes de saúde da família para o acompanhamento ambulatorial sistemático, clínico e laboratorial (BRASIL, 2001a).

Para atingir as estratégias referidas cada município devia possuir uma programação local de atividades para os usuários cadastrados no Programa de HA e DM2: reuniões mensais com ações educativas, estímulo à realização de atividades físicas, consultas médicas agendadas e entrega de medicamentos (BRASIL, 2001a). Por sua vez, o cadastro e acompanhamento dos usuários com HA e/ou DM2 passou a ser realizado pelo Sistema Informatizado de Saúde HIPERDIA (SIS-HIPERDIA), criado em 2002, o qual gerava informações para os profissionais e gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

O HIPERDIA surgiu pela necessidade de uma abordagem mais ampla sobre a questão do acompanhamento do hipertenso e diabético por profissionais de saúde, favorecendo o vínculo, melhor adaptação das ações às necessidades dos usuários e, conseqüentemente, uma assistência individualizada, além do cadastramento e monitoramento dos casos (BRASIL, 2011a).

As informações geradas pelo SIS-HIPERDIA permitem aos gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal direcionarem políticas públicas em saúde pautadas em indicadores das condições de saúde dos sujeitos envolvidos (OLIVEIRA, 2006). De modo a complementar a assistência, em 2002, foi instituída o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2002), como parte do Plano de reorganização da atenção e com base na Política Nacional de Medicamentos.

Apesar de toda a mobilização caracterizada pelo desenvolvimento de atividades que se estenderam desde campanhas para o rastreamento da população diabética até a formulação de programas de capacitação para profissionais da Atenção Primária, estudos de impacto demonstraram alguns problemas relacionados à estratégia utilizada, dentre os quais se destacaram: a dificuldade de confirmação diagnóstica dos casos suspeitos, além de baixa vinculação dos casos diagnosticados às UBS (BRASIL, 2004a; GIMENEZ et al., 2010; SILVA et al., 2011). Assim, constitui-se como obstáculos, além da complexidade da patologia, a fragilidade das rotinas no âmbito da Atenção Básica frente ao incremento dessas doenças no quadro epidemiológico brasileiro.

Três anos após a implementação do referido Plano, o MS e a OPAS avaliaram as quatro etapas trabalhadas, considerando a abrangência e o impacto na organização dos serviços de saúde para a atenção às pessoas com DM2, e constataram que o plano induziu

mudanças importantes no tocante à assistência ao usuário na Atenção Primária, relacionadas à incorporação dos prontuários, desenvolvimento de orientações educativas, maior agilidade dos agendamentos para as consultas médicas, inclusão da consulta de enfermagem, visita domiciliar e dispensação de medicamentos. Permitiu, ainda, a vinculação dos casos novos diagnosticados nas UBS, resultando em controle da doença e confirmação de menor estimativa sobre a prevalência do DM2 no Brasil (BRASIL, 2004b).

Entretanto, algumas limitações foram apontadas quanto à extensão da cobertura da campanha para rastreamento do DM2, além da falta de informações sobre a qualidade e a eficiência dos cuidados oferecidos pelas redes municipais de saúde no atendimento aos usuários com HA e DM2 (BRASIL, 2004 a).

Diante da problemática das DCNT no Brasil, e da necessidade de ampliação das ações relativas a essas doenças, em 2005 o MS, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, após consulta aos estados e municípios, publicou a Agenda de prioridades para implementação de vigilância, prevenção e controle das DCNT (BRASIL, 2005). Ademais, em 2008, o MS lançou as Diretrizes para a vigilância de DCNT, Promoção, Prevenção e Cuidados; e, em 2011, em sintonia com os esforços globais, preparou o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, o qual integra ações do setor saúde e outros setores (BRASIL, 2008a, 2011).

Em nível local, frente às mudanças provocadas e imprescindíveis no âmbito da atenção em saúde, advindas de iniciativas do Governo Federal, e mediante o crescimento contingencial de hospitalizações por DCNT, no município, a cidade de Maringá foi inserida, em 2005, no projeto da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), criado em 2003 (VERÍSSIMO, 2011). “Trata-se de um projeto baseado no entrelaçamento de saberes e práticas originadas a partir de cada localidade participante, respeitando suas características e os seus anseios” (SPERANDIO, 2006:148), vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas(DMPS/FCM/UNICAMP), e conta com o apoio técnico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e dos seus Municípios membros (SPERANDIO, 2010).

Atualmente, estão inseridos no projeto da RMPS 60 municípios membros, em seis estados (SP, MG, RJ, AM ES e PR) que se comunicam, presencial e virtualmente. Maringá é um dos municípios que participam desse projeto, representando o Estado do Paraná, e que colaboram para a construção das políticas públicas saudáveis integradas, de forma articulada, em diferentes áreas e pessoas envolvidas na gestão pública de determinado município, possibilitando reflexões sobre o tema através da criação de espaços coletivos nos municípios e

na academia, mediante o envolvimento de representantes das comunidades (SPERANDIO, 2010).

Como resultado da inserção no referido projeto, foi criado, em 2006, o Programa Maringá Saudável (PMS), com o objetivo de modificar conceitos antigos sobre saúde na cidade, e com a responsabilidade de defender a ideia de que “saúde começa com prevenção” (VERÍSSIMO, 2012). Incluído na proposta de reorientação das ações de prevenção em saúde do PMS, o subprograma de promoção da saúde do adulto incorpora ações de promoção à saúde, as quais visam: sistematizar e melhorar a qualidade da assistência no âmbito da APS, no intuito de atualizar o protocolo de Atenção Básica; normalizar a referência e contrarreferência; promover ações de estímulo aos hábitos de vida saudáveis; e, entre outros avanços, aprimorar a implantação do programa de controle da HA e DM2 nas UBS do município (MARINGÁ, 2005; VERÍSSIMO, 2012). Contudo, decorridos mais de seis anos, ainda não foi realizada nenhuma avaliação para verificar se as medidas tomadas contribuíram para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Frente ao exposto reiteram-se os esforços do Governo Federal na melhoria da saúde da população brasileira, ao introduzir, no país, um sistema de saúde moderno e inédito no mundo, assistindo a população em todas as suas necessidades, tendo para isso uma potente aliada: a Atenção Primária à Saúde (APS) (STARFIELD, 2002). Destarte, a qualificação das ações desenvolvidas na APS são um dos alicerces para o bom funcionamento do sistema de saúde e, conseqüentemente, para sua efetividade (ALFRADIQUE et al., 2009).

A qualidade do cuidado à população depende de ações equitativas e de integralidade, o que irá culminar com a redução da morbimortalidade por causas tratáveis na Atenção Primária (GIBSON; SEGAL; MCDERMOTT, 2013). Adotou-se, então, como marco conceitual, a concepção de Condições Sensíveis à Atenção Primária¹ (CSAP) proposta por Caminal-Homar e Casanova-Matutano (2003): determinadas condições de saúde podem encontrar resolução adequada na Atenção Primária oportuna, abrangente e de boa qualidade, sendo que a referência aos níveis superiores de assistência deve ocorrer apenas nos casos em que a capacidade resolutiva desse nível de atenção seja superada. A Atenção Primária possibilita a coordenação do fluxo de usuários pelo sistema de saúde e a integração dos demais níveis de

¹Na literatura internacional também se observa designação de condições sensíveis à Atenção Básica com termos equivalentes a “condições sensíveis a cuidados ambulatoriais” e “hospitalizações evitáveis”. Essas condições compõem um dos indicadores de acesso à Atenção Primária de qualidade utilizados pelos Estados Unidos (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2008 apud NEDEL et al., 2010, p. 62) por países que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (MATTKE, S. et al., 2006, p. 21 apud NEDEL et al., 2010, p. 62).

atenção, de modo a otimizar a obtenção do cuidado adequado e diminuir a necessidade do aparato hospitalar por condições de morbimortalidade evitável (CAMINAL-HOMAR; CASANOVA-MATUTANO, 2003).

No contexto internacional, a lista de CSAP foi criada, nos anos 1980, nos Estados Unidos, decorrente de uma série de investigações sobre indicadores de atividade hospitalar para avaliar o impacto da falta de acesso aos serviços de saúde pela população indigente. Na Espanha, foi utilizada para comparar a efetividade de modelos de atenção à saúde (BILLINGS; ANDERSON; NEWMAN, 1996; CAMINAL et al., 2003; NEDEL et al., 2010). Desse modo, altas taxas de internações por CSAP, em uma população, indicam sérios problemas de acesso ou de desempenho do sistema. Também são um alerta sobre a necessidade de acionar mecanismos de análise (ALFRADIQUE et al., 2009), como no caso da análise da morbidade hospitalar que, em nível local, é capaz de traduzir a real situação da população, contribuindo para a tomada de decisões político-sociais (LEMOS; CHAVES; AZEVEDO, 2010; MATHIAS; JORGE, 2005).

Mediante esse fato, a lista de condições sensíveis à APS reflete a realidade da saúde no território brasileiro e pode ser utilizada como instrumento de avaliação do desempenho da APS no sistema de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009; NEDEL et al., 2010). O número de internações por essas condições pode ser indicativo da qualidade da atenção ambulatorial em relação às doenças cujo diagnóstico e tratamento precoce é eficaz na prevenção de complicações e, conseqüentemente, das internações, por exemplo, o DM2 (ALENCAR, 2012). Portanto, espera-se que, quanto mais adequado for o funcionamento da APS, menor seja a proporção de internações por condições sensíveis a ela (COSTA et al., 2010; ROSA et al., 2007).

Com o intuito de fornecer subsídios para a avaliação da qualidade da APS na atenção às diversidades das condições de saúde e doença no território nacional, em 2008 foi elaborada a lista brasileira de condições sensíveis à Atenção Primária, institucionalizando o uso de indicadores de internação hospitalar como estratégia para aprimorar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2008). O estudo de Alfradique et al. (2009) levantou as listas de CSAP nacionais e estrangeiras, e, dentre as brasileiras, constavam as listas específicas dos Estados de Minas Gerais e Ceará, e do Município de Curitiba, no Paraná, eo DM2 estava incluído em todas elas (ALFRADIQUE, 2009). Quanto à hospitalização, Rehemet al. (2013) identificaram que a angina e a insuficiência cardíaca foram as causas mais frequentes de internações por CSAP, e que o aumento das internações por diabetes, entre 2005 e 2007, foi significativo.

No que tange mais especificamente às internações por DM2 foram evidenciados três estudos internacionais que focalizaram essa doença e sua relação inversa com a efetividade da assistência prestada na APS (ROBBINS; VALDMANIS; WEBB, 2008; NIEFELD et al., 2003; BOOTH; HUX, 2003). Com isso, considera-se que, dentre os demais diagnósticos que fazem parte da lista de CSAP, o DM2 seria uma das mais sensíveis, ou seja, a melhor qualidade da atenção e do acesso a esse nível de atenção convergiria para um impacto considerável sobre as internações por essa causa. No entanto, justifica-se a realização de estudos que focalizam o DM2, em função das atuais discussões e movimentações em relação ao imperativo do manejo das doenças crônicas na APS (MENDES, 2012).

Assim, reforça-se que, de modo geral, a atenção em DM2 se relaciona à oferta de intervenções clínicas e educativas que devem compor o plano de tratamento e contribuir para o alcance de resultados satisfatórios, principalmente em relação ao controle metabólico, por meio do estímulo ao autocuidado e ao manejo eficiente da doença, sendo todas essas ações realizadas, sobremaneira, na APS (SILVA et al., 2011; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009). Além disso, a abordagem terapêutica do DM2 baseia-se na utilização de tratamento não medicamentoso (com plano alimentar e incremento da prática de atividade física frequente) e medicamentoso (uso de antidiabéticos orais e/ou insulina) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2008; FUNNEL et al., 2008; ALENCAR, 2013).

Os aspectos referenciados anteriormente permitem inferir que uma atuação adequada dos profissionais e gestores de saúde no âmbito da APS pode colaborar para o melhor controle e monitoramento do DM2, além de prevenir complicações agudas e crônicas, e também reduzir hospitalizações e óbitos causados pela doença, mediada pela atenção dispensada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (ALFRADIQUE, 2009; BRASIL, 2013; MIELCZARSKI, 2012). Portanto, garantir cobertura universal e integral da atenção à saúde às pessoas com DM2 tem sido a grande meta a ser alcançada pelo SUS e um desafio para os gestores da área de saúde, principalmente da Atenção Básica. Por outro lado, a discussão sobre a qualidade dessa atenção tem apontado para a necessidade da reorganização das ações de assistência que deveriam ser delineadas a partir do perfil epidemiológico de cada região (ROSA et al., 2009).

Desse modo, conhecer como se tem prestado a assistência às pessoas com DM2 na APS é, também, identificar pontos de estrangulamento visando a sinalizar ajustes a serem feitos e, conseqüentemente, qualificar a assistência, favorecer a adesão ao tratamento e obter os melhores resultados que, no caso do DM2, estão relacionados à adesão ao tratamento e à redução de morbidades.

2.2 Atenção Primária à Saúde — ordenadora dos serviços e porta de entrada

Historicamente, a ideia de Atenção Primária à Saúde² foi utilizada como forma de organização dos Sistemas de Saúde pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurava, de um lado, contrapor-se ao modelo americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual; e, por outro, constituir-se em referência para organizar o modelo de atenção inglês que começava a preocupar as autoridades daquele país devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MATTOS, 2004).

A Declaração de Alma-Ata, elaborada durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, apontou os cuidados primários de saúde como parte integrante do sistema de saúde de um país, do qual constituem a função central e o foco principal quanto ao desenvolvimento socioeconômico global da comunidade, tornando-se um marco propulsor para o desenvolvimento da APS no mundo. Embasada nos princípios de Alma Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, em 1980, a meta “Saúde para todos no ano 2000” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 1980).

A Conferência de Alma-Ata representou um marco para a difusão da APS por todo o mundo. Desde então, a APS é considerada um dos componentes - chave para a eficácia do sistema de saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS), defendendo esse modelo como essencial para o alcance dos objetivos de disseminação da saúde para todas as populações (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007). Inicialmente, a APS foi pensada numa perspectiva restrita, enfatizando tecnologias simplificadas e de baixo custo, apenas para diminuir os gastos hospitalares, mas, atualmente, tem sido retomada com o intuito de reverter o modelo assistencial centrado na assistência médica (ALMEIDA; MACINKO, 2006; GIOVANELLA et al., 2008).

Em nível ambulatorial, nas últimas décadas, vários países vêm reformando seus serviços de saúde, visando a alcançar maior eficiência, equidade e qualidade na atenção às necessidades da população (ALMEIDA; MACINKO, 2006). Os países Reino Unido, Países Baixos, Finlândia e Dinamarca são apontados em diferentes estudos por terem atingido patamares avançados de desenvolvimento da Atenção Primária (STARFIELD, 2002).

² No Brasil, desde a implantação do SUS, utiliza-se com mais frequência a expressão Atenção Básica em vez de Atenção Primária, acompanhada dos termos de média e alta complexidade para a atenção especializada e assistência hospitalar (GIOVANELLA et al., 2008, 2009). Entretanto na presente tese, priorizou-se o conceito de Atenção Primária, tendo em vista a abordagem voltada para os elementos da definição da Atenção Primária, propostos por Starfield (2002), quais sejam: porta de entrada, longitudinalidade, coordenação e elenco de serviços.

A APS é parte integral do sistema de saúde do país, que tem a função central de ser o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde no sentido de levar a assistência o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, e construir o primeiro elemento de um processo de atenção continuada (STARFIELD, 2002). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006e), a APS tem como principal papel de assegurar a distribuição equitativa dos recursos de saúde e acessibilidade a todos por meio de ações que envolvem promoção, proteção, manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes.

O modelo da APS privilegia a adoção de ações preventivas e a assistência continuada às populações assistidas, controlando, de forma racional, o uso de tecnologias da atenção secundária e dos medicamentos (STARFIELD, 2002). Desse modo, entre os elementos estruturais que definem o potencial da Atenção Primária inclui-se a utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades de saúde da população que, de acordo com Starfield (2002, p. 28), se enquadram na seguinte definição:

[...] conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da Atenção Primária. A Atenção Primária aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação. Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde. Organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Posteriormente, esse conceito se confundiu com o de Atenção Básica, sendo que, para alguns autores, se refere a um determinado nível de atenção; para outros é um conjunto de serviços ou intervenções em saúde ou uma estratégia de conscientização das comunidades para melhora de seus problemas coletivos de saúde (ALMEIDA; MACINKO, 2006). Nos países europeus, a Atenção Primária refere-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato, integrados a um sistema de saúde, de acesso universal, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais corresponde, com frequência, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade (GIOVANELLA et al., 2008).

Em busca do fortalecimento dos princípios do SUS, o MS baseou-se nas experiências da Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para implementar mudanças na assistência ambulatorial. Esses países organizaram seus sistemas de saúde dando prioridade à atenção de acesso universal, continuada e integral junto à comunidade, isto é, desenvolveram sistemas orientados para a APS (FRIEDBERG; HUSSEY; SCHNEIDER, 2010).

No Brasil, uma das iniciativas pioneiras para a consolidação desse modelo de atenção foi desenvolvida na esfera estadual, em 1987, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no estado do Ceará (BRASIL, 2005, p. 15). Posteriormente, no ano de 1991, o PACS foi criado em âmbito federal, com base nessa iniciativa e em outras de abrangência estadual, como aquelas ocorridas nos estados do Paraná e do Mato Grosso do Sul. No ano de 1994, a Atenção Básica em saúde recebeu um impulso fundamental com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) (VIANA; Dal POZ, 1998).

O PSF, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF)³, veio com o objetivo de contribuir para a construção e a consolidação do SUS, propondo a reorientação do modelo assistencial a partir da APS (BRASIL, 1998). A implantação da ESF vem contribuindo para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras (MACINKO et al., 2010) e caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde, na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS (VIANA, 2012).

A ESF tem provocado, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. Nesse aspecto, Sumar e Fausto (2012) afirmam que a APS, e conseqüentemente a ESF, possibilitam melhor compreensão das situações, com atuação mais dialógica e completa, construindo vínculos mais espontâneos e mais naturais com a população, no qual o incentivo para que os usuários desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde quanto pela saúde da comunidade, esteja em primeiro lugar.

De modo a propor uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, e para a relação com as pessoas, com as famílias e as comunidades, a ESF assume o compromisso de oferecer uma assistência integral, resolutiva e humanizada, visando sempre a qualidade de vida da população e a saúde como direito de cidadania. Nesse intuito, os serviços da ESF devem responder às necessidades de saúde da população e estar organizados em uma estrutura hierarquizada, de forma que, caso haja necessidade, possa garantir atenção em um nível de maior complexidade (ALVES, 2005).

A ESF busca a reorientação do modelo tradicional de assistência à saúde que se caracteriza, principalmente, pelo atendimento da demanda espontânea, com enfoque

³Atualmente o PSF, ao invés de programa, é definido como estratégia (ESF) visto que o termoprograma aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da Atenção Primária e não prevê tempo para finalizá-la (BRASIL, 2006). Nesse estudo será mantida a nomenclatura original presente em cada referência consultada.

eminentemente curativo e centrado na assistência hospitalar, que é de alto custo, e não promove a criação de vínculos, de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade. Essa reorientação incorpora os seguintes princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): princípio da universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2005, p. 17).

A ESF estrutura a saúde nos municípios por meio da implantação de equipes multiprofissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), compostas de, no mínimo: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, que se constituem no primeiro nível de acesso ao sistema de saúde e são responsáveis pelo atendimento de uma população definida, que habita um território delimitado (BRASIL, 2006). As equipes referidas prestam assistência integral e permanente às populações atendidas, realizam atividades educativas e de promoção da saúde e atuam sobre fatores de risco, aos quais a comunidade esteja exposta. Com isso, procura alcançar, também, um dos objetivos da estratégia, que é conferir maior racionalidade à utilização dos demais níveis assistenciais (BRASIL, 2009).

Ao longo dos anos, a Atenção Básica vem crescendo em termos de relevância e de materialidade dos recursos públicos envolvidos. As últimas estimativas do Ministério da Saúde revelaram que o percentual de cobertura das equipes da ESF⁴ já ultrapassou 50% de toda a população brasileira, havendo um importante crescimento no número de equipes implantada se no volume de recursos alocados. Entre dezembro de 2001 e novembro de 2010, o número de equipes cresceu de 13.155 para 31.665 (BRASIL, 2010b). Em nível local, Maringá conta, atualmente, com 29 Unidades Básicas de Saúde, 66 equipes da ESF, 318 ACS e cobertura de 61,97% da população (BRASIL, 2010b).

A cobertura da ESF constitui-se em um componente indispensável na operacionalização da APS e deve ser considerado na avaliação de sistemas de saúde universais, por contemplar o conjunto de ações e serviços que a população tem acesso. Embora, no Brasil, existam dois grandes subsistemas de saúde (público e privado), o subsistema público universal se destaca, pois cobre todas as ações individuais e coletivas para toda a população (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Considerando-se que os sistemas de saúde se organizam com base na porta de entrada, esta deve ser de fácil acesso e dispensar atenção adequada e resolutiva, com garantia de

⁴Conforme dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, em novembro de 2010, o percentual estimado para a cobertura por equipes de ESF Saúde da Família foi de 52,25%.

continuidade da assistência em outros serviços integrados à rede quando necessário (PONCE et al., 2013). Deve-se considerar que a Atenção Primária tem abrangência maior do que o mero fornecimento de serviços de assistência médica, integrando outras dimensões funcionais do sistema de saúde. Assim, pode influir nas demais ações necessárias, sem, contudo, ser a responsável direta pela execução dessas atividades que podem ser delegadas a outros níveis de atenção (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Estudos observacionais e experimentais, nacionais e internacionais, demonstram o efeito da APS na obtenção de melhores indicadores populacionais, na redução de iniquidades no acesso ao sistema de saúde, na satisfação dos usuários e no aumento da efetividade e da eficiência da atenção sanitária (REIS et al., 2013). Dentre as pesquisas sobre o tema, algumas se destacaram ao longo dos últimos anos, como a de Billings et al. (1993). Nessa pesquisa, os autores, ao analisarem os dados da cidade de Nova Iorque, identificaram que as taxas de internações hospitalares por condições sensíveis eram maiores em áreas em que a população residente era de baixa renda, do que em áreas em que os moradores tinham renda alta, pois estes tinham acesso ao atendimento ambulatorial adequado.

No estudo realizado no estado americano da Pensilvânia, em 1994, Parchman e Culler constataram a existência de correlação entre o número de médicos da família e de clínicos gerais, com as taxas de admissão hospitalar por condições evitáveis, pois observaram que, à medida que a quantidade de médicos com essas características crescia, diminuía as taxas de internações. Em outro estudo, Hakim e Bey (2001) evidenciaram que a manutenção do acompanhamento periódico da saúde de crianças pobres ou quase pobres, com até dois anos de idade, nos estados da Califórnia, Geórgia, e Michigan, provocou efeito positivo na saúde, diminuindo as taxas de hospitalização, independentemente de raça, do nível de pobreza ou estado de saúde.

Resultado análogo foi obtido por Bermudez e Baker (2005) ao detectarem correlação entre a inscrição de crianças e adolescentes da Califórnia que não possuíam seguro de saúde em programa de saúde infantil e a diminuição das taxas de internação hospitalar. Também Ansari, Laditka e Laditka (2006) avaliaram o acesso aos serviços de saúde e as hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial dos moradores do estado australiano de Victoria, e concluíram que entre moradores da zona urbana a auto-avaliação negativa de dificuldades de acesso aos serviços de saúde estava associada a taxas de hospitalização mais elevadas.

Redução em hospitalizações por CSAP também foram associadas a melhores cuidados primários em vários países, incluindo o Canadá, Espanha e Estados Unidos, especialmente

quanto ao acesso e à qualidade na oferta de assistência (MARQUEZ-CALDERON et al., 2003; VALENZUELA et al., 2007). Nesse aspecto, uma revisão sistemática realizada por Macinko, Starfield e Erinosho (2009), com 36 estudos nacionais e internacionais, evidenciou a eficácia da APS sobre a situação de saúde da população ao longo do tempo. Segundo os autores, os resultados dos estudos geralmente suportam a tese de que uma abordagem integrada da Atenção Primária pode melhorar a saúde.

Em seu estudo desenvolvido nos Estados Unidos, Chang et al. (2011) mostraram que maior cobertura e disponibilidade de atendimento médico em nível de cuidados primários pode refletir, de forma mais precisa, no número de hospitalizações e na mortalidade em adultos jovens, especialmente naqueles de classe menos favorecida. Por sua vez, Gibson, Segal e McDermott (2013) verificaram que a redução das internações por DM2, também consideradas sensíveis à atenção ambulatorial, estiveram associadas à disponibilidade de melhor acesso e ao uso desses serviços, concluindo que incentivos financeiros para melhorar a qualidade dos cuidados ambulatoriais ao DM2 estão associados com melhores desfechos.

É importante assinalar que a ausência de assistência primária gratuita e de qualidade pode implicar em resultados insatisfatórios. Por exemplo, estudo realizado em Hong Kong mostra que os serviços ambulatoriais públicos são mais frequentemente usados por mulheres, idosos, pessoas pobres, pessoas com doenças crônicas e população de baixa escolaridade, sendo também menos eficientes quando comparados aos privados, por se relacionar à menor acessibilidade e relacionamentos interpessoais insatisfatórios (WONG et al., 2010).

No âmbito nacional, Macinko e colaboradores (2011) analisaram 60 milhões de internações do setor público, entre 1999 e 2007, referentes a 558 microrregiões do Brasil, e constataram que as taxas de hospitalização por condições sensíveis à APS caíram mais de 5% ao ano, redução está associada ao avanço na cobertura da ESF, de modo a evidenciar a contribuição da mesma para a melhoria do desempenho do sistema de saúde.

Pode-se também mencionar a pesquisa realizada em municípios do sul de Santa Catarina por Elias e Magajewski (2008). Os autores analisaram a evolução das taxas de internações hospitalares por algumas condições sensíveis e a qualidade oferecida pelo Programa Saúde da Família, e concluíram ser possível perceber mudanças positivas na evolução de algumas taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, associando-as ao maior grau de cobertura ou à melhor atenção recebida dos serviços de Atenção Primária. Por outro lado, os autores afirmam que os resultados indicam que a atenção ambulatorial adequada se associa ao aumento das taxas de internação por algumas das causas avaliadas.

Também merece registro um estudo desenvolvido por Fernandes et al. (2009), em que os autores realizaram inquérito com amostra aleatória de pacientes internados em hospitais conveniados ao SUS no município de Montes Claros (MG), no período de 2007 a 2008, constatando que as internações por condições sensíveis estão associadas, sobretudo, às condições intrínsecas aos pacientes— idade, nível de escolaridade e existência de internações prévias. Entretanto, a falta de controle de saúde ou de vínculo com a ESF também se mostrou associada a maiores taxas de internações.

É importante citar, ainda, pesquisa desenvolvida por Guanais e Macinko (2009), a qual evidenciou a efetividade dos programas de Atenção Primária na redução das hospitalizações por condições sensíveis em âmbito nacional. Neste estudo, para a população feminina, a ESF mostrou-se associada a reduções nas hospitalizações por DM2e por problemas respiratórios, enquanto a expansão no número de ACS mostrou-se relacionada a reduções nas internações por problemas circulatórios. O trabalho também estimou a redução potencial que a Atenção Primária provocou em gastos com hospitalização, no período de 1999 a 2002, na ordem de US\$ 63 milhões.

Existem evidências sobre a associação entre a maior cobertura da ESF e indicadores como menor mortalidade infantil e maior promoção da equidade (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2008; BEZERRA FILHO et al., 2006). Em pesquisas comparativas entre unidades da ESF e as UBS tradicionais, vinculadas aos Estudos de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação da ESF (PROESF), realizadas em municípios do Nordeste e Sul do país, houve maior adequação da ESF quanto à oferta e à utilização de ações de saúde (FACHINI et al., 2006), além de maior qualidade da atenção ao pré-natal e à puericultura (PICCINI et al., 2007), embora estivessem em um contexto de baixa efetividade de ambos os modelos. Por outro lado, estudos vinculados aos ELB, realizados em municípios do Nordeste, evidenciaram grande heterogeneidade no impacto da ESF sobre indicadores de saúde e também sobre as práticas de cuidado (ROCHA et al., 2008; CASTRO et al., 2011).

Mais especificamente, em relação ao DM2 em Porto Alegre – RS, Gonçalves et al., (2013) entrevistaram 3.014 pessoas com o diagnóstico da doença, atendidos na APS, e constataram elevada prevalência de aferição de pressão arterial, solicitação de perfil lipídico, oferta de atividades educativas e exames dos pés, verificadas nos serviços de APS com maior escore, segundo avaliação dos indivíduos, implicando, também, em melhor manejo da doença, controle glicêmico e perfil de cuidados para a prevenção das principais comorbidades entre os participantes.

Dentre os trabalhos desenvolvidos no Brasil, também podem ser encontrados resultados que levam a conclusões contrárias ao que se poderia esperar. Peixoto e Rocha (2008), ao avaliarem o impacto da política de APS sobre indicadores de saúde dos municípios da Região Sudeste, constataram que, nos municípios com mais de 50.000 habitantes, a estruturação da APS está associada não à diminuição, mas ao crescimento do conjunto de internações hospitalares.

Espera-se que o serviço de saúde seja uma rede coordenada, capaz de garantir o acesso e a continuidade do cuidado (ALVES et al., 2012), e para isso é fundamental que existam não somente serviços de saúde em quantidades adequadas, mas também que sejam articulados de maneira complementar e não competitiva, na perspectiva de redes de atenção, capazes de responder às necessidades de todos e de cada um, de maneira singular, integral, equânime e compartilhada (BRASIL, 2011b).

Mesmo que a APS não seja capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas. E, para ser resolutiva, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção em nível coletivo, tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos (BRASIL, 2011b).

2.3 Avaliação de serviços de saúde: ferramenta essencial para a tomada de decisão

A avaliação de serviços de saúde tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios dos gestores, principalmente àqueles relacionados à priorização dos investimentos, identificação de problemas e reorientação das ações e serviços prestados à população. Avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos serviços e o impacto no estado de saúde dos grupos populacionais, também é parte integrante desse processo (GONÇALVES, 2007). No que tange à APS, considerando-se sua diversidade de modelos, muitos conceitos e estudos acerca de métodos de avaliação estão sendo desenvolvidos mundialmente, procurando construir ferramentas que auxiliem a gestão e o planejamento (DASSOW, 2007; GENÉ-BADIA et al., 2007).

Antes de discorrer sobre a avaliação de serviços de saúde cabe esclarecer o sentido dos termos avaliação e serviços de saúde. O primeiro deriva do verbo avaliar que significa fazer apreciação, ajuizar. Portanto, avaliação diz respeito ao ato ou efeito de avaliar, apreciar, analisar, podendo ser usada em vários contextos, ou seja, nas escolas, academia, empresas,

instituições, entre outros, para avaliar o processo ensino-aprendizagem, as pessoas, as competências e a qualidade dos serviços (PEREIRA, 2009). Para Contrandopoulos et al. (1997, p. 31) “avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

O conceito avaliação de programas públicos surgiu logo após a Segunda Grande Guerra, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A avaliação é conceituada como processo de determinação sistemática e objetiva da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. Trata-se de um processo organizacional para implementar atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Para implementação dos processos avaliativos, foram desenvolvidos inúmeros métodos a fim de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas. Desse modo, no início do ano de 2000, a avaliação foi considerada possibilidade de voltar-se ao cotidiano e, a partir disso, estabelecer ações concretas, com significado e construção coletiva (UCHIMURA; BOSI, 2002). Assim, a avaliação em saúde tornou-se um instrumento de planejamento e gestão fundamentado em julgamento explícito e dinâmico que, ao seu final, gerou – e gera -um movimento de transformação nas práticas dos serviços de saúde visando à qualidade previamente almejada que passou a ser desenvolvido no Brasil, apenas a partir da década de 1980 (TANAKA; MELO, 2000, 2001).

No campo da saúde, a ação combinada do desenvolvimento das tecnologias, da crise das finanças públicas e do envelhecimento das populações, tem forçado os governos a controlarem o crescimento dos custos e a continuarem, ao mesmo tempo, garantindo a todos o acesso equitativo aos serviços de qualidade (CONTRADIOPOULOS et al., 2000). Nesse contexto, a avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder as necessidades de informação dos decisores que devem justificar suas escolhas para públicos cada vez mais exigentes (DRUMMOND et al., 1998).

Para Figueiredo e Figueiredo (1986), a avaliação de uma política consiste na atribuição de valor a essa política. Para isso, são determinados critérios que permitem afirmar os motivos que uma política é preferível à outra. Segundo Cunha (2006), a avaliação não pode ser considerada uma atividade isolada e auto-suficiente, pois faz parte do processo de planejamento da política social, de modo a gerar novas informações que podem ocasionar novas escolhas, além de analisar os possíveis resultados da intervenção e auxiliar as ações

para que os objetivos previstos sejam alcançados. Desse modo, a avaliação deve comparar os efeitos de um programa com os objetivos alcançados, a fim de definir as ações a serem realizadas para melhorá-lo, além de compreender as necessidades e as características da área e da região que receberá o benefício e as dos participantes (KHANDKER; KOOLWAL; SAMAD, 2010).

Segundo Secchi (2010), a avaliação faz parte da última etapa do ciclo de políticas públicas, na qual o desempenho e o processo de implantação são analisados a fim de reduzir o nível do problema que a originou e, assim, compreendê-la de forma mais clara. Para Hartz e Silva (2005) as diversas possibilidades de expressão presentes nos processos de avaliação têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica em torno dessa abordagem.

As definições e tipologias de avaliação propostas refletem modelos conceituais, abordagens e, efetivamente, metodologias diferentes, até divergentes. Destarte, a avaliação no campo da saúde demanda um quadro conceitual integrador, pois ela resulta de um “casamento forçado” entre tradições diferentes: a da avaliação econômica, da avaliação baseada na epidemiologia e prática clínica e, cada vez mais, a da avaliação oriunda das ciências sociais (BROUSSELLE et al., 2011).

Brousselle et al. (2011), após explanarem sobre as diferentes conceituações de avaliação ao longo do tempo, afirmam ser ilusório definir de modo universal e absoluto a avaliação. Contudo, apresentam uma proposta de conceituação que reúne os elementos atualmente consensuais:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de proceder de modo que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionarem sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (BROUSSELLE et al., 2011, p. 44).

Assim, compreende-se por serviços de saúde uma vasta gama de estruturas organizacionais e técnicas extremamente diversificadas e complexas, incluindo desde consultórios individuais, unidades básicas, hospitais terciários e especializados, e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (ALENCAR, 2013). A condição primordial para sua identificação é ser o espaço onde se encontram os profissionais e as tecnologias materiais responsáveis pela realização da atenção à saúde da população (TANAKA; TAMAKI, 2012). Sob esse olhar, considerando-se a complexidade e a utilidade dos serviços de saúde e pelo

fato de a gestão constituir uma prática administrativa com finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade, é necessário que a avaliação na gestão dos serviços de saúde seja um processo institucionalizado (TANAKA; MELO, 2008; TANAKA; TAMAKI, 2012).

A avaliação, portanto, constitui-se em um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. Apesar disso, o seu uso ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde (CONTRADIOPOULOS, 2006; NOVAES, 2004). Um obstáculo para a utilização mais ampla da avaliação na tomada de decisão nos serviços de saúde é que a sua implementação requer recursos e tempo, o que dificulta a sua utilização para problemas que necessitem de soluções imediatas. Nessas situações, que são frequentes quando se trata da saúde de pessoas e da população, somente a existência de um conhecimento acumulado, decorrente de avaliações passadas ou previamente planejadas, pode contribuir para a tomada de decisão (TANAKA; TAMAKI, 2012).

As primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, ainda na década de 1970, referiam-se à satisfação do paciente, com o objetivo de conseguir melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações; e prescrições e uso adequado dos medicamentos (WILLIAMS, 1994). Essas pesquisas foram antecedidas por estudos que, na área das Ciências Sociais e Humanas (SZASZ; HOLLANDER, 1956; COSER, 1956; 1962; CARTWRIGHT, 1964), focalizavam as relações médico-paciente no contexto da clínica ou do ambiente hospitalar (WILLIAMS, 1994; SIZTIA; WOOD, 1997; DONABEDIAN, 1984).

A partir de meados do século XX iniciou o desenvolvimento de instrumentos para a avaliação da APS. Nessa perspectiva, surgiram diversas estratégias tanto do ponto de vista da experiência dos usuários quanto da análise da provisão do cuidado pelos serviços: *The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*, *The Components of Primary Care Instrument*, *The Medical Home Family Survey*, *The Medical Home Index Adult Version 1.1*, *The Medical Home IQ*, *The Parents perception of Primary Care*, *The Physicians Practice Connections-Patient-Centered Medical Home*, *The Primary Care Assessment Survey*, *The Appropriateness of Primary Care Services Scales* e *The Primary Care Assessment Tools* (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009).

No ano 2000, a Organização Mundial de Saúde – OMS — introduziu, nas pesquisas de avaliação em saúde, o conceito de “responsividade” dos sistemas de saúde, em contraposição ao de “satisfação”, utilizado desde a década de 1960. Enquanto as pesquisas de “satisfação” focalizavam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-

paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde, a responsabilidade referia-se aos aspectos não médicos do cuidado (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Nesse contexto, a prática de pesquisa para avaliação de serviços vem crescendo e ganhando importante papel nas agendas de saúde nos últimos anos (OLIVEIRA, 2007).

No que diz respeito às avaliações desenvolvidas junto aos serviços de saúde, entre as diversas iniciativas de consolidação da Estratégia de Saúde da Família implementadas pelo MS, destacam-se três iniciativas de avaliação, pela abrangência e potencial de desenvolvimento de capacidades institucionais: o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), com objetivo de viabilizar investimentos financeiros voltados para a adequação da rede de serviços nos municípios brasileiros, com população maior que cem mil habitantes (BRASIL, 2003); a implementação do projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ), com o objetivo de estabelecer diretrizes que orientam as práticas, organização e funcionamento dos serviços relacionados à atuação das equipes de saúde da família (BRASIL, 2005); e o estudo de meta-avaliação, comissionado pelo Ministério da Saúde, para avaliar os estudos de linha de base do PROESF (HARTZ, 2008).

Ademais, no ano de 2000 foi criada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, com o propósito de formatar e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção (BRASIL, 2001). A partir de 2003 foi implantada a Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no país, cujo objetivo foi contribuir para com a institucionalização da avaliação na APS, apoiando o processo de tomada de decisão para a gestão do SUS nos diversos níveis (BRASIL, 2003; 2004).

Recentemente, em 2012, o MS lançou o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), ferramenta que avalia o acesso e a qualidade dos serviços de saúde no país nos diferentes níveis de atenção (primária especializada ambulatorial e hospitalar de urgência e emergência). O IDSUS tem o propósito de verificar como se encontra a infra-estrutura da saúde para atender as pessoas e se os serviços ofertados têm a capacidade de dar as melhores respostas aos problemas de saúde da população (BRASIL, 2012). O IDSUS avalia com pontuação de 0 a 10, os municípios, as regiões, os estados e o país, com base em 24 indicadores. Destes, quatorze avaliam o acesso e outros dez medem a efetividade dos serviços, com divulgação dos resultados a cada três anos. A divulgação dos resultados dessas avaliações é realizada a cada três anos (BRASIL, 2012).

Conforme o MS enfatiza, a avaliação de um serviço de saúde é fundamental para implementar as ações aptas a otimizar o seu desempenho à população, por contribuir para

estimar o quanto o serviço logrou alcançar dos objetivos propostos, além de ser um instrumento para subsidiar a implementação de medidas destinadas à qualidade das atividades atuais do serviço (BRASIL, 2007). Assim, mesmo com o grande empenho do MS, nos últimos anos, em pautar a discussão sobre a avaliação da Atenção Primária, está ainda se apresenta incipiente e pouco incorporada às práticas. Além disso, os instrumentos existentes ainda não constituem ferramentas de suporte ao processo decisório e nem à formação das pessoas nele envolvidas.

No que se refere ao aspecto normativo, a política nacional de APS preconiza a valorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde, como itens necessários para a realização das ações de Atenção Primária, com destaque para: lista de ambientes que devem estar presentes em cada unidade de saúde; equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas, a composição da equipe multiprofissional e a garantia dos fluxos de referência e contra-referências para os serviços especializados (MOURA et al., 2010).

No Brasil, merece destaque a contribuição dada à avaliação de serviços de saúde advindas do Centro de Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias da Saúde da Escola Nacional de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. O referido centro possui, em seu acervo, investigações que abrangem a avaliação de serviços em áreas específicas (HARTZ, 1997; SAMICO, 2003; FELISBERTO, 2004; CRUZ; SANTOS, 2007; HARTZ; FELIZBERTO; VIEIRA-DA-SILVA, 2008; CHAMPAGNE et al., 2009).

Um desses estudos, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (2003), diz respeito à iniciativa de avaliação de desempenho de sistema de saúde brasileiro, com o título de: Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), em que se define que os elementos a serem mensurados devem estar em concordância com os objetivos do sistema de saúde. A partir de uma revisão da literatura, o referido projeto propõe, como dimensões para avaliação, a efetividade, o acesso, a eficiência, o respeito aos direitos das pessoas, a aceitabilidade, a continuidade, a adequação e a segurança (SANTIAGO et al., 2013).

De acordo com Felisberto (2004), a avaliação de políticas e programas de saúde deve contemplar ampla participação e o uso de múltiplos focos e métodos, permitindo que a visão de diferentes grupos seja considerada no objeto de estudo. Nesse sentido, é cada vez mais representativo o número de estudos que vem abordando a avaliação da qualidade da APS sob as mais diversas perspectivas, entre as quais a análise com ênfase na ESF, com destaque para a acessibilidade, o impacto, o desempenho, monitoramento das ações, de recursos disponíveis e de satisfação dos usuários (SANTOS et al., 2010).

Quanto ao acesso, em estudo realizado junto a gestores, profissionais da ESF e usuários, Reis et al. (2013) constataram que o acesso foi a dimensão pior avaliada, sendo o não funcionamento das unidades após as 18:00 horas e finais de semana o maior motivo. Nesse mesmo estudo, a avaliação dos gestores e profissionais quase sempre divergiu com a dos usuários, sendo a avaliação dos gestores predominantemente mais favorável.

Ainda no que tange ao acesso, Pereira et al. (2011) e Sala et al. (2011) também apontaram o atributo acesso como um dos pontos de estrangulamento do sistema, além de evidenciarem que a prática de atenção não enfoca a família e a comunidade em seu processo de trabalho. Ademais, nos estudos supracitados os autores constataram que as unidades de saúde oferecem uma diversidade de serviços, estabelecendo-se como porta de entrada para o sistema, e incorporam ações de coordenação, mas, nem sempre há o vínculo entre profissionais e os usuários.

Capilheira e Santos (2011) em uma análise do desempenho médico no atendimento às DCNT na APS, verificou que em 58,8% das consultas por pacientes com DCNT e 25,3% daquelas denominadas por outros motivos, não foram oferecidas quaisquer recomendações preventivas ou aferidos peso, altura ou pressão arterial. O desempenho quanto à prevenção de DCNT foi ruim, contemplando mais a prevenção terciária (aconselhamento às pessoas com DCNT) do que a primária (prevenção da incidência de DCNT).

Em estudo também de avaliação do desempenho das equipes da ESF junto a usuários hipertensos e diabéticos, Giroto et al. (2013) constataram que a adesão ao tratamento farmacológico esteve associada a ter recebido ao menos uma consulta ao ano, não ingestão regular de bebidas alcoólicas e infarto prévio. Nesse estudo, usuários do sexo masculino, com escolaridade igual ou superior à 4ª série, que receberam pelo menos uma consulta ao ano, com diabetes e sem relato de colesterol elevado, mostraram-se mais aderentes à atividade física regular; ea realização de dieta associou-se à escolaridade inferior à 4ª série e, também, ao fato de ter recebido no mínimo uma consulta ao ano.

Utilizando indicadores para avaliação do desempenho dos serviços de saúde, quanto à efetividade, acesso, eficiência e adequação, Vicava et al. (2012) constataram que o desempenho do sistema de saúde brasileiro melhorou substantivamente nas interações por CSAP, como asma e insuficiência cardíaca. Ainda neste estudo, foi constatado que o comportamento dos indicadores não foi uniforme; as melhorias mais acentuadas foram observadas naquelas influenciadas pela atuação dos serviços da APS (sendo mais significativas na efetividade e no acesso); coexistem situações de alta eficiência com outras de

baixo desempenho; e a atuação dos serviços de saúde na subdimensão adequação foi pior do que nas demais apresentadas.

Em seu estudo, Sarti et al. (2012) constataram baixas médias de adequação dos processos de trabalho das equipes da ESF dos municípios do Espírito Santo, quando considerados os padrões de qualidade do AMQ, evidenciando a heterogeneidade e incompletude na implantação de processos de trabalho e ferramentas de planejamento pelas equipes de saúde da família. Nos municípios estudados, a ausência de coordenação geral do programa de hipertensão no nível central e a incipiência das coordenações nos distritos sanitários contribuíram para o baixo desempenho encontrado; o grau de implantação foi considerado insatisfatório, sendo evidenciados problemas relativos à adequação da área física, deficiência de insumos, inadequada qualificação profissional na atenção ao hipertenso, e uso incipiente da informação para o planejamento das ações.

Estudo realizado por Bispo e Silva et al. (2011), com objetivo de avaliar os componentes estrutura e processo na atenção ao usuário com DM2, em uma Unidade de Saúde de São Paulo, os autores constataram que, em relação à estrutura, particularmente no que concerne aos recursos humanos, a Unidade de Saúde mostrava-se em conformidade com a equipe preconizada no Protocolo de Atendimento em HA e DM2. Em relação ao processo, os dados evidenciaram que a assistência ao usuário com DM2 encontrava-se fragmentada, e o exame dos pés, a verificação do Índice de Massa Corporal, da circunferência abdominal, o exame oftalmológico, a hemoglobina glicada e as ações educativas, ainda não eram implementadas na totalidade.

Quanto aos estudos de avaliação da satisfação de usuários, Gouveia et al. (2011), constataram que o tempo de espera até o atendimento e a disponibilidade de medicamentos foram os fatores que geraram menores percentuais de satisfação dos usuários. Esses dados fazem com que se questione se o acesso está de fato relacionado à oferta de serviços adequados às necessidades da população, ou se existe incongruência na política de assistência farmacêutica no Estado. Ainda no que concerne à satisfação, Lafaiete et al. (2010) evidenciaram altas taxas de satisfação em usuários com tuberculose atendidos na APS, inferindo que essas avaliações positivas podem ser explicadas pelo fato de o doente estar inserido no programa de tuberculose e ser acompanhado por equipe de saúde com a qual ele estabelece vínculo e apoio à adesão, durante o tratamento.

Paiva, Bersusa e Escuder (2006) encontraram prevalência de 66% de satisfação em usuários da ESF, contudo, destacam que 26,6% desses usuários não tinham acesso a nenhum serviço de saúde antes da implantação do PSF, sendo necessário deslocar-se para outro

município, revelando que a satisfação nem sempre pode estar relacionada a uma oferta de assistência de qualidade, mas a uma redução nas expectativas. Ainda nesse estudo, os autores constataram que 25% das *anamneses* eram incompletas, e 43,7% dos exames físicos eram insatisfatórios.

No que diz respeito à insatisfação com os serviços prestados na APS, achados do estudo de Gouveia et al. (2009) revelaram que ser jovem, usuário exclusivo do SUS, ter baixa escolaridade e autopercepção de saúde ruim gerou mais chances de insatisfação com o sistema de saúde brasileiro. Os moradores da Região Sul do país estão mais satisfeitos com o atendimento em saúde, enquanto para os pernambucanos as chances de satisfação são menores quando se avalia a qualidade dos serviços de saúde. Os moradores dessa região do País apresentaram maior insatisfação na resolução de seus problemas de saúde quando precisaram de internação. Por sua vez, achados de Lima-Costa e Loyola Filho (2008) mostram que a idade mais elevada, sexo feminino e maior escolaridade apresentaram associações positivas e independentes com o uso e a satisfação com os serviços utilizados.

Considera-se, então, a relevância da qualidade dos serviços de saúde oferecidos para a satisfação dos usuários, sendo, por tanto, relevante que os profissionais de saúde conheçam como se apresenta a satisfação dos usuários. Contudo, estudos pertinentes a esse tema e as iniciativas brasileiras de avaliação de serviços de saúde por parte dos enfermeiros ainda são escassos. Atualmente, apenas alguns grupos de pesquisa sobre a temática estão cadastrados no diretório de grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. E de forma mais específica, apenas um dos grupos vem investigando as temáticas qualidade e avaliação de serviços de saúde e enfermagem, visando buscar o aprofundamento teórico e metodológico das temáticas referidas nas abordagens quanti e qualitativa (MELLHEIROS; TRONCHIN, 2013).

O objetivo do referido grupo é possibilitar a compreensão das formas de articulação entre a produção de conhecimento nas áreas de qualidade e avaliação de serviços de saúde e de enfermagem, e sua incorporação nos processos assistenciais e gerenciais desses serviços (MELLHEIROS; TRONCHIN, 2013). As autoras e outros pesquisadores do referido grupo de pesquisa destacam que as discussões acerca da qualidade e avaliação dos serviços de saúde constituem foco de investigação de profissionais de saúde interessados na produção de novos conhecimentos e na divulgação para a comunidade científica. Ademais, chamam a atenção para a importância de os enfermeiros analisarem seus processos de trabalho e construírem seus indicadores de produção (MELLHEIROS; TRONCHIN, 2013; ALENCAR, 2013).

Cabe também destacar o Grupo de Estudos e Pesquisas em Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, que tem como proposta estudar, discutir, apoiar e desenvolver estudos e pesquisas em avaliação da qualidade em serviços de saúde e de enfermagem. O referido grupo possui como foco congregar pesquisadores, estudantes e profissionais interessados em desenvolver e publicar pesquisas visando à melhoria continuada em serviços de saúde e de enfermagem (D'INNOCENZO, 2010).

Esses grupos de enfermeiros, que representam duas das principais universidades brasileiras, ainda vêm focalizando suas produções no âmbito hospitalar, com ênfase na avaliação de resultados sob a ótica dos pacientes, ou seja, referem-se à avaliação da satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006; CARMAGNANI et al., 2008; LOPES et al., 2009; CRUZ; MELLEIRO, 2010; MELLEIRO; TRONCHIN, 2010).

Dentre os estudos recentes de avaliação indireta, desenvolvidos em programas de pós-graduação *stricto sensu*, observam-se aqueles voltados para a avaliação de impacto da APS sobre as CSAP, realizado na Universidade de Brasília (MAFRA, 2011), na Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CHUNG, 2013), Universidade Federal do Piauí (VIANA, 2012) e na Universidade Estadual de Maringá (LENTSCK, 2013). Há, também, estudos mais voltados para a avaliação da qualidade dos serviços: um deles avaliou o cuidado oferecido no âmbito da APS, na perspectiva de usuários e dos profissionais atuantes nas equipes da ESF, realizado na Universidade Estadual da Paraíba (MORAIS, 2013); dois estudos de avaliação do programa HIPERDIA — um de abordagem qualitativa, investigando a percepção do usuário acerca do atendimento oferecido nesse programa, desenvolvido na Universidade Federal do Paraná (SILVA, 2012), e uma avaliação normativa da implantação do referido programa, na Universidade Estadual de Maringá (SILVA, 2013).

Não obstante, é na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que se encontram as primeiras iniciativas de avaliação de serviço de assistência às pessoas com DM2, com produção de estudos relevantes sobre a temática (TEIXEIRA, 2003; TEIXEIRA; ZANETTI; MARTINS, 2005; MIYAR-OTERO et al., 2010; SILVA et al., 2011). Dentre essas iniciativas constam algumas dissertações de mestrado e teses de doutorado que investigaram temas: análise de conhecimento e atitudes de pessoas com DM frente à doença (OLIVEIRA, 2009; RODRIGUES, 2011), adaptação e validação de instrumento de avaliação do autocuidado em pessoas com DM2 (QUEIROZ, 2008), avaliação da adesão de usuários com DM2 ao tratamento e suas implicações para APS (FARIA, 2011; ARRELIOS, 2013), e

avaliação da atenção ao DM2 em unidade distrital, tendo como foco aspectos relativos à estrutura, processo e resultado desta assistência (SILVA, 2009).

Salienta-se que, sob a influência dos estudos desenvolvidos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto foi elaborada uma tese de doutorado, desenvolvida na Universidade Federal do Ceará, em que o autor avaliou a atenção ao DM2, em uma unidade distrital de uma cidade do interior do Ceará, centrado nos aspectos relativos à estrutura, processo e resultado dessa assistência (ALENCAR, 2013).

Tratando-se de avaliação de serviços oferecidos às pessoas com DM2, a literatura pesquisa da apontou carência de estudos no tocante aos aspectos de gerenciamento, disponibilidade de recursos e processo de trabalho das equipes da ESF, com enfoque nos componentes estrutura e processo. Constatam-se na literatura internacional estudos observacionais, com foco na avaliação de resultados, entre esses a avaliação de fatores de risco para desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, com ênfase no controle da hemoglobina glicada, pressão arterial, colesterol e outras variáveis — medicamentos, exame de olho e pés, avaliação renal, entre outros indicadores (BEATON et al., 2004; NASSER, 2007; OROZCO-BELTRAN et al., 2007; ELIS et al., 2008; CERQUEIRA, 2009; MOREIRA JUNIOR et al., 2010).

Os estudos anteriormente citados são extremamente úteis na construção de estratégias para prevenção do DM2 e suas complicações, entretanto, muitas das questões relacionadas ao processo de trabalho desenvolvido no cotidiano dos serviços de assistência às pessoas com DM2, mais especificamente na APS, ou seja, fora de um ambiente controlado, ainda merecem ser mais detalhadas (ALENCAR, 2013).

No Brasil, encontraram-se estudos de avaliação em diabetes, em serviço de medicina preventiva (TEIXEIRA, 2003; TEIXEIRA; ZANETTI; MARTINS, 2005) e estudos multicêntricos realizados em oito capitais e dez cidades brasileiras, respectivamente, em que se avaliou a prevalência de pessoas com DM2 e de controle glicêmico, pressórico e demais aspectos clínicos. Também foram encontrados estudos de avaliação na APS (PEREIRA, 2007; SILVA, 2009; MIYAR-OTERO et al., 2010; SILVEIRA et al., 2010; SILVA et al., 2011; MIELCZARKIS; COSTA; OLINTO, 2012).

O foco maior dos estudos encontrados no âmbito da APS permanece majoritariamente no resultado das ações em saúde, verificada por meio do indicador controle glicêmico; dos parâmetros clínicos, ou do processo de atendimento direto presente na atenção às pessoas com DM2, sendo que as questões relacionadas à estrutura dos serviços e ao processo de trabalho das equipes, no que tange à observação das ações implementadas no cotidiano dos serviços de

saúde, ainda podem ser consideradas incipientes, sobretudo na Atenção Primária (ALENCAR, 2013).

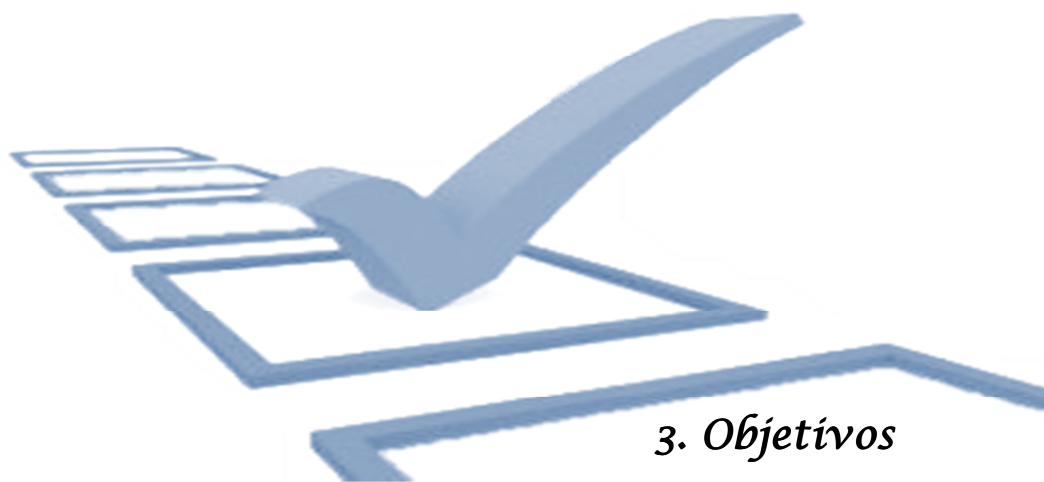
No processo de reorganização da atenção ao usuário com DM2 na APS, já mencionado anteriormente, constatam-se dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde atuantes nas equipes da ESF, relacionadas aos recursos físicos, materiais, composição da equipe mínima necessária para o atendimento aos usuários com DM2, à operacionalização das ações em saúde, aos profissionais de saúde, e conseqüentemente, à efetividade de tais ações, representada pelo manejo eficiente da doença, controle glicêmico e prevenção de morbimortalidade (SILVA et al., 2011; GONÇALVES et al., 2013).

Diante do exposto, a realização de um estudo de avaliação mais amplo, que contemple não apenas o resultado como indicador de qualidade da assistência, mostra-se relevante para a obtenção de subsídios que possam dar suporte ao processo de reorganização da atenção ao usuário com DM2 no município de Maringá - PR. Entende-se que essa avaliação pode favorecer a compreensão dos problemas relacionados à estrutura e ao processo da assistência que podem comprometer a assistência às pessoas com DM2.

A relevância do DM2 no cenário epidemiológico atual; o potencial da APS no controle dessa doença e prevenção de seus agravos; o elevado número de pessoas com DM2 assistidas na APS de Maringá, reflexo de alta cobertura das equipes da ESF no município; e, em contrapartida, as crescentes taxas de hospitalizações decorrentes da doença em adultos jovens (MARINGÁ, 2010), suscitou o pressuposto de que a assistência às pessoas com DM2, no âmbito da ESF de Maringá, possui incipiência de recursos físicos, materiais e humanos e no processo de trabalho das equipes da ESF, de modo a refletir diretamente no controle da doença e na avaliação dos usuários acerca do serviço.

Diante disso, surgem os seguintes questionamentos: *Quais recursos estão disponíveis e como é o processo de trabalho das equipes da ESF na oferta da assistência para as pessoas com DM2 em Maringá-PR? Como a assistência é percebida por profissionais e usuários? Qual a relação entre a assistência prestada pelas equipes da ESF às pessoas com diabetes tipo 2, a satisfação com essa assistência, e os parâmetros de controle da doença?*

Para respondê-los, propomo-nos a desenvolver o presente estudo.



3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade da assistência prestada às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no âmbito da atenção primária no município de Maringá-PR.

3.2 Objetivos específicos

Caracterizar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde e da Estratégia Saúde da Família do município de Maringá-PR, segundo a assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2;

Caracterizar o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Maringá-PR segundo a assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2;

Analisar as potencialidades e limitações da assistência às pessoas com diabetes tipo 2 na perspectiva dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família;

Comparar como enfermeiros e usuários avaliam a assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 segundo os atributos essenciais da atenção primária;

Relacionar a assistência prestada às pessoas com diabetes tipo 2 pelas equipes da Estratégia Saúde da Família com os parâmetros de controle da doença;

Verificar a avaliação de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca dos serviços oferecidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, e os fatores associados.



4. Quadro Teórico

O Sistema Único de Saúde (SUS) passa por um momento de reorganização pautado em investimentos na Estratégia Saúde da Família (ESF), que deve ser sua porta de entrada. Essa característica da ESF é conhecida como primeiro contato, acesso de primeiro contato, porta de entrada ou contato preferencial (REIS et al., 2013). Desse modo, considera-se importante que a ESF, no SUS, desenvolva mecanismos de avaliação da capacidade e desempenho da ESF, como porta de entrada do SUS, tanto para a consolidação das ações implementadas quanto para fomentar o processo de discussão crítico-reflexivo sobre a melhor proposta para organizar a APS (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Diante dos desafios de expansão da APS observados nos últimos anos e da necessidade de definições sobre os caminhos da APS no Brasil é imprescindível consolidar os processos de avaliação desse nível de Atenção. Mesmo com todas as iniciativas anteriormente descritas, e do desejo de institucionalização, os processos de avaliação ainda não foram incorporados à rotina de trabalhadores e gestores, pois, apesar do grande empenho do MS, nos últimos anos, em pautar a discussão sobre a avaliação da Atenção Primária e propor instrumentos como o documento técnico de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b) e, mais recentemente o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) (BRASIL, 2010), a avaliação em saúde no Brasil ainda é incipiente e pouco incorporada às práticas (VIEIRA, 2013).

Para o MS, a avaliação de um serviço de saúde é fundamental para a implementação de ações aptas a otimizar seu desempenho à população porque possibilita estimar o quanto o serviço alcançou os objetivos propostos, além de ser um instrumento para subsidiar a implementação de medidas destinadas à qualidade das atividades atuais do serviço (BRASIL, 2007). A avaliação de um serviço de saúde tem como pressuposto "a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários frente aos serviços públicos de saúde na busca de resolubilidade e qualidade" (BRASIL, 2004, p. 5).

A avaliação dos serviços de saúde pode ser realizada conforme a disponibilidade e a distribuição social dos recursos, isto é, avaliação da cobertura, acessibilidade e equidade; os efeitos das ações e práticas de saúde ofertadas – eficácia, efetividade e impacto; os custos dessas ações e práticas – eficiência; a adequação das ações e práticas ao conhecimento técnico e científico vigente e a percepção dos usuários sobre as práticas de saúde/satisfação dos usuários acerca das práticas de saúde dos serviços (DONABEDIAN, 1988). Por sua vez, a qualidade dos serviços pode ser verificada por meio de indicadores compreendidos como medidas quantitativas utilizadas para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados prestados

ao usuário e as atividades dos serviços. Além disso, os indicadores apontam dados da realidade e refletem as mudanças ocorridas por se ligarem, intimamente, às políticas e metas a serem alcançadas, mediante avaliação da qualidade dos serviços de saúde (TRONCHIN et al., 2009).

A qualidade nos serviços de saúde refere-se ao grau, segundo o qual os cuidados ao usuário aumentam a possibilidade da recuperação desejada e reduzem a probabilidade da ocorrência de eventos inesperados (ALENCAR, 2013). Ao citar a importância da avaliação em saúde, Deslandes (1997) ressalta sua relevância para a Saúde Pública, porque viabiliza escolhas de planejamento e permite um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. Por sua vez, Peixoto (2001) complementa que a qualidade pode ser considerada o aspecto central da avaliação, e Alencar (2013) enfatiza que o controle de qualidade garante a utilização adequada dos recursos, a provisão do tratamento efetivo e eficiente por parte dos prestadores e resultados favoráveis para o paciente.

Todavia, a avaliação da qualidade não se trata de um conceito abstrato, pois a avaliação é construída pela análise, envolvendo a estrutura, o processo e o resultado (DONABEDIAN, 1980), baseada em uma multiplicidade de informações, entre as quais a eficácia técnica, o custo efetividade e as percepções dos usuários e demais atores envolvidos no processo, de modo a fornecer, de forma integrada, a resposta mais adequada às necessidades dos usuários dos serviços de saúde (SERAPIONI, 2009). Para Donabedian (1988) a ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação porque sua característica principal é o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade.

De fato, nos últimos anos, a qualidade vem sendo considerada um componente fundamental na maioria dos países do mundo, independente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado (SANTIAGO et al., 2013). Apesar do crescente interesse dos últimos anos, a qualidade representa um desafio para a maioria dos atores envolvidos no cenário da saúde, por possuir facetas e autores diferentes que podem utilizar significados distintos para o termo (SERAPIONI; SILVA, 2011).

A complexidade da avaliação da qualidade depende de vários fatores, sendo necessário assinalá-los. Em primeiro lugar, vale considerar a complexidade da própria concepção de saúde que, mesmo após as críticas ao processo de medicalização da vida, ainda sendo o modelo biomédico, sugerindo que a interpretação da doença seja apenas baseada na correlação de causa-efeito, sem, muitas vezes, levar em consideração os demais fatores inerentes a esse processo (PAULA et al., 2011). Essa complexidade é reforçada pela

variedade de atores que atuam nos sistemas de saúde e pela pluralidade nos conceitos atribuídos ao que seria uma assistência de qualidade, em que se acredita ser a oferta de atendimento por si só, sem considerar os aspectos relacionais e a longitudinalidade da assistência (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Finalmente, a concepção de qualidade é também condicionada por fatores de contexto históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais (SERAPIONI; SILVA, 2011), os quais interferem no modo com que os atores percebem, esperam e vivenciam o serviço.

As questões relacionadas à pluralidade e à relevância da qualidade da assistência prestada na APS colocam em primeiro plano a necessidade de realizar atividades de avaliação da mesma. A avaliação da qualidade centrada na satisfação dos usuários tem sido bastante explorada nos últimos 15 anos, sendo que a satisfação e a responsividade têm sido analisadas como conceitos operacionais que incorporam a visão do usuário, a humanização e os direitos do paciente (MENDES et al., 2009). Enquanto as pesquisas de satisfação deram destaque ao lugar dos usuários nos serviços e sistemas de saúde, o conceito de responsividade fortaleceu sua posição, dando-lhes o status de indivíduos/cidadãos, ou seja, de sujeitos com direitos válidos universalmente (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

O conceito qualidade desenvolvido por Donabedian (1988) permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os usuários – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados, e a idéia de satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do paciente ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Entretanto, ainda são poucas as avaliações da qualidade mais abrangentes que consideram a participação de diferentes atores envolvidos na produção da saúde (REIS et al., 2013). De fato, é fundamental desenvolver uma nova metodologia de avaliação adequada às características da APS, englobando perspectivas de todos aqueles que a constroem cotidianamente, e que não se limite à análise de custos das atividades empreendidas, nem ao nível de satisfação dos usuários (SERAPIONI; SILVA, 2011). Desse modo, a avaliação de qualidade precisa reconhecer o pluralismo de valores e favorecer a interação de demandas, experiências e pontos de vistas dos diferentes grupos de interesse (STRALEN et al., 2008).

Considera-se, então, que a avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é simples atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. Em se tratando da avaliação em saúde, e em especial da avaliação da Atenção Básica, a avaliação é um objeto

em movimento, pois as três esferas de governo são co-responsáveis pela avaliação da Atenção Primária (BRASIL, 2005a).

Considerando a relevância da avaliação, Avendis Donabedian (1979) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*.

A *estrutura* corresponde aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência em saúde, incluindo financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada. Corresponde às características mais estáveis da assistência em saúde, que envolve tanto dados numéricos, em termos de recursos disponíveis, quanto a qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros (DONABEDIAN, 1979). De acordo com a literatura, é difícil quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada, mas é possível falar em termos de tendências — estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

O *Processo* se relaciona às atividades que são desenvolvidas e envolvem profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A sua análise pode ser realizada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo e engloba o que atualmente está sendo feito em termos de manejo dos problemas apresentados pelos pacientes. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspectos éticos e da relação médico/profissional/equipe de saúde-paciente. De certa forma, tudo o que diz respeito ao tratamento diretamente e no momento em que ele está ocorrendo pode ser considerado processo (DONABEDIAN, 1979).

O *resultado* é o produto final da assistência prestada, considerando a saúde e a satisfação de necessidades e de expectativas. É o desfecho diante da assistência recebida, pois se trata da verificação da efetividade das ações oferecidas (DONABEDIAN, 1979).

Deve-se salientar que o resultado se deve a diversos fatores que não são controláveis pelo serviço, por exemplo, hábitos de vida, percepções de saúde e doença e fatores genéticos; porém, quanto melhor a oferta de recursos físicos, materiais e profissionais do serviço de saúde, além da atenção ofertada pelo profissional responsável pelo cuidado, melhor deverá ser esse desfecho (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

Para Donabedian (1997), a avaliação dos serviços em saúde compreende duas dimensões: o desempenho técnico, relacionado à aplicação do conhecimento e tecnologia, com o objetivo de maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as

preferências de cada paciente; e o relacionamento pessoal com o paciente, que tem a ver com a satisfação das necessidades sociais, os preceitos éticos e as expectativas de cada paciente. Segundo o mesmo autor, a qualidade em saúde é baseada em sete atributos conhecidos como os setes pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1980).

a) Eficácia: refere-se à capacidade da medicina em disponibilizar melhorias na saúde e no bem-estar da sociedade;

b) Efetividade: é a proporção entre o benefício real prestado pelo serviço de saúde ou assistência e o resultado potencial de uma prestação de serviço ideal;

c) Eficiência: é a capacidade de alcançar o melhor resultado ao menor custo, ou seja, a proporção entre o benefício disponibilizado pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico;

d) Otimização: compreende a relação mais proveitosa entre custo e benefício. É a caracterização do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico;

e) Aceitabilidade: refere-se ao grau de aderência dos cuidados médico-hospitalares as preferências, expectativas e princípios dos pacientes e suas famílias. Esse atributo se compõe de cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência;

f) Legitimidade: é a adequação às preferências sociais relativas aos apontamentos acima mencionados, ou seja, a possibilidade de adequar-se, de maneira satisfatória, um serviço a um grupo social ou à sociedade.

No que diz respeito às iniciativas de avaliação nacionais, mesmo frente às diversas ações referentes à institucionalização da avaliação da APS pelo MS nos últimos anos, o problema da qualidade dos serviços prestados à comunidade ainda representa um aspecto crítico (SARTI et al., 2011). Isso pode ser evidenciado quando se considera que diversas equipes têm atuado sem a presença do médico ou que a maioria das equipes atende a uma população muito maior do que a preconizada pelo Ministério da Saúde (SERAPIONI; SILVA, 2011). Outro fator relevante é o fato de haver um rodízio intenso dos profissionais de nível superior em busca de melhores condições de trabalho, prejudicando o acompanhamento contínuo aos pacientes pelo mesmo profissional (CONILL, 2008).

A organização dos serviços de saúde, no Brasil, caracteriza-se pela dicotomia dos serviços de saúde: de um lado, a oferta de práticas coletivas e sanitárias; e, de outro, a assistência médica. Embora ainda persistam dificuldades quanto à articulação entre assistência

médica e ações de controle de riscos e agravos, algumas iniciativas do MS têm buscado romper essa dicotomia, principalmente por meio da priorização da Atenção Primária (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Mendes (2002) afirma que a APS deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: resolução, coordenação e responsabilização para que todo o sistema funcione de forma eficiente. A resolução é intrínseca à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde e consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação relaciona-se ao desempenho do papel de centro de comunicação, pois consiste em organizar os fluxos e contra fluxos das pessoas e objetos pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e a responsabilização consiste em corresponsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

Dessa forma, a APS pode ser assim definida: conjunto de valores (direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade); conjunto de princípios (responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros); conjunto indissociável de elementos estruturantes (atributos) do sistema de serviços de saúde (BRASIL, 2010). Não obstante, Starfield (2002) enfatiza que tanto a visão de Atenção Primária centrada na população quanto na pessoa oferece uma base para que sejam implantadas, frequentemente, as medições, baseadas em um sistema normativo de avaliação das funções da APS dentro de um sistema de serviços de saúde. Além disso, introduz a necessidade de considerar tanto a estrutura de sistemas de saúde quanto os comportamentos, seja a partir do ponto de vista da população ou do indivíduo.

Starfield (2002, p. 53 apud DONABEDIAN, 1966) quando afirma que “determinadas condições estruturais, melhoras organizacionais e questões de desenvolvimento profissional devem ser consideradas na oferta de Atenção Primária de alta qualidade”, e, desse modo, especificar a tríade avaliativa como componentes importantes de serem considerados ao avaliar a qualidade da APS. A autora assinala, ainda, que as características individuais dentro de cada componente diferem de lugar para lugar e de época para época, mas cada sistema de serviços de saúde possui uma estrutura (ou capacidade) que consiste nas características e aspectos que possibilitam/favorecem a oferta de serviços; os processos (ou desempenho) que envolvem o reconhecimento de problemas de saúde, diagnósticos, manejo direcionado às necessidades em saúde, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas; e o resultado refletido em vários aspectos do estado de saúde (STARFIELD, 2002).

Destarte, com o objetivo de desenhar a qualidade da Atenção Primária, Starfield (2002) definiu atributos-chave que, na concepção da autora, devem balizar sua organização:

Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção. Outros três elementos são denominados atributos derivados, considerados qualificadores das ações dos serviços de APS: Atenção à Saúde Centrada na Família; Orientação Comunitária e Competência Cultural (ARAÚRO et al., 2014) (Figura 4).

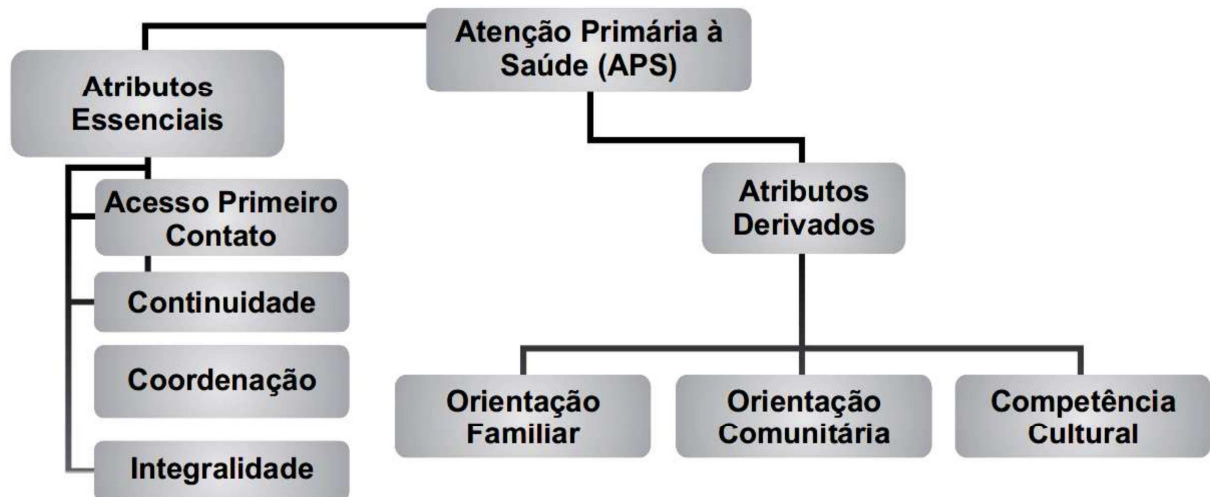


Figura 04 - Atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde.

Fonte: Criado a partir de Starfield (1992)/ Adaptado por Harzheim, Stein e Álvarez-Dardet (2004).

Acesso de primeiro contato: refere-se ao reconhecimento de que a APS deve ser o primeiro atendimento procurado, implicando acesso e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema estabelecido. Esse atributo constitui o eixo estruturante do sistema, devendo assumir três funções essenciais: resolubilidade, coordenação e responsabilização, além de facilitar a formação de vínculos e a coordenação dos cuidados (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA et al., 2009; PONCE et al., 2013).

O acesso de primeiro contato envolve a localização da unidade de saúde em relação à população que pretende atender, os horários e dias em que oferece os serviços, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos (STARFIELD, 2002). Assim, o acesso diz respeito à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população adstrita, dependendo da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis, dos sistemas administrativos e financeiros (FIGUEIREDO et al., 2009; NOGUEIRA et al., 2012). Cabe salientar que o acesso é um importante indicador de impacto da Atenção Primária, e avaliar esse componente permite aprimorar as ações do SUS (FIGUEIREDO et al., 2009).

Entende-se acesso à saúde em sua dimensão sócio-organizacional da assistência, na qual os espaços criados nos serviços fundamentem-se no acolhimento das demandas e necessidades dos usuários; que os cuidados dispensados ao longo do tempo tenham continuidade e vínculo e favoreçam a coordenação de cuidados como prática que integra ações e serviços de saúde de forma resolutiva (BARBOSA; ELISEU; PENNA, 2013). Nessa perspectiva, considera-se que as posturas e estratégias adotadas pelos serviços de saúde devam garantir o acesso universal e equânime das pessoas, mediante adequada interpretação das demandas apresentadas, evidenciando as suas necessidades (STARFIELD, 2002).

Continuidade (Longitudinalidade): representa a existência de uma fonte regular e continuada de atenção à saúde, e sua utilização ao longo do tempo, mediante cooperação e inter-relação que expressem a identificação mútua entre usuários e profissionais de saúde (STARFIELD, 2002; NOGUEIRA et al., 2012).

Sob a perspectiva da continuidade, a atenção deve construir relações de escuta, diálogo e respeito, de forma que o usuário e a família compreendam o significado do cuidado, de modo a potencializar as ações da APS e favorecer a construção de uma relação de confiança e co-responsabilidade entre o profissional de saúde e o usuário (CECILIO, 2013; HINO et al., 2012).

Integralidade (Elenco de Serviços): diz respeito ao preceito de que a APS deve organizar-se de forma tal que o paciente tenha todos os serviços de saúde necessários, implicando também na referência à atenção secundária ou terciária. Os profissionais (do serviço de saúde) devem identificar e proporcionar as atividades preventivas necessárias, oferecer ações dirigidas aos sinais e sintomas apresentados, assim como para o diagnóstico e tratamento das doenças. (STARFIELD; XU; XI, 2001). Correspondem aos tipos de serviços de Atenção Primária oferecidos pela unidade e os arranjos estabelecidos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à sua saúde, incluindo os serviços que a unidade oferece e os encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e serviços comunitários (STARFIELD, 2002; SALA et al., 2011).

Coordenação: pressupõe a existência de algum tipo de continuidade, seja por meio dos profissionais, dos prontuários médicos, ou de ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos, a identificação de problemas abordados em outro serviço e a integração deste ao cuidado global do paciente. Nessa perspectiva, o provedor de Atenção Primária deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o paciente recebe — o encaminhamento e o acompanhamento em outros serviços especializados por meio do sistema de referência e

contra-referência e da concepção do cuidado em redes (STARFIELD, 2002; ALVES et al., 2012).

Considerando-se que a integração do cuidado em redes constitui a APS como porta de entrada preferencial, garantia de acesso aos diferentes níveis e a coordenação das ações, a coordenação se destaca como instrumento determinante porque permite a integração do trabalho entre os níveis e o usuário com maior eficácia do serviço (GIOVANELLA et al., 2009; ASSIS et al., 2012).

Orientação familiar: conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças. Em suma, a família pode assumir dois papéis: atuar como suporte e apoio no enfrentamento ou levar ao abandono do tratamento. Na primeira opção, possibilita a compreensão ampliada do processo saúde-doença do sujeito e permite melhor organização dos serviços para responder às necessidades dele (SOUZA et al., 2008; CECILIO, 2013).

Orientação comunitária: refere-se ao conhecimento do profissional sobre as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, sua relação com ela e o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (STARFIELD, 2002). Também implica no quanto o serviço pondera o contexto social das necessidades de saúde da população no planejamento de suas ações em saúde (SALA et al., 2011).

Competência cultural: refere-se à adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população que apresenta características culturais especiais (STARFIELD; XU; XI, 2001).

Os atributos apresentados podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS. Assim, um serviço de APS dirigido à população geral pode ser considerado provedor de uma assistência de qualidade quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados (VIANA, 2012). Isto por que, no momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos, ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adscrita (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A validade da utilização de tais atributos para verificação da qualidade, integralidade e efetividade da APS vem sendo evidenciado, nacional e internacionalmente, pela crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão dos atributos da APS (VIANA, 2012). Além disso, a identificação empírica dos atributos permite verificar a

associação entre estes e os resultados - a efetividade - da atenção sobre a saúde da população; o que ocorre paralelamente ao aumento da cobertura dos serviços de Atenção Primária no Brasil, através da ESF (STARFIELD, 2004).

Não obstante, considerando-se que a análise dos atributos requer a utilização de uma diversidade de fontes de informação, entre elas a opinião e percepções de todos os atores envolvidos – gestores, profissionais e usuários (STARFIELD, 1996; STRALEN et al., 2008), o uso de instrumentos abrangentes, a exemplo do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), os quais vão além da simples medição da adequação dos recursos e serviços, são mais promissores no sentido de verificar aspectos envolvidos na assistência de modo mais amplo (SHI; STARFIELD; XU, 2001; VILLALBI et al., 2003).

O instrumento anteriormente citado foi criado por Starfiel (2002), na Universidade de John Hopkins, nos Estados Unidos, com a proposta de avaliar a estrutura e o processo de atenção nos serviços de Atenção Primária, tomando por base os atributos essenciais e derivados da APS. Esse instrumento foi validado no Brasil, passando a ser chamado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool - Brasil) e contém as versões direcionadas para profissionais e usuários (HARZHEIM et al., 2006; ARAÚJO et al., 2014). Seguindo os pressupostos de Donabedian (1990), o PCATool-Brasil considera elementos de estrutura e processo, sendo que cada um dos atributos da APS são avaliados em ambas as dimensões. Os elementos de estrutura incluem acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Os de processo são os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010).

Em revisão sistemática recente, o referido instrumento apresentou-se como o único que obteve bom desempenho na avaliação dos atributos da APS e na capacidade de mensurar aspectos de estrutura e processo (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009). Essa ferramenta apresenta vários formatos, pode avaliar a percepção de usuários e a provisão de cuidados pelos serviços de APS, sendo todos balizados pelos atributos essenciais e derivados sistematizados por Starfield (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010).

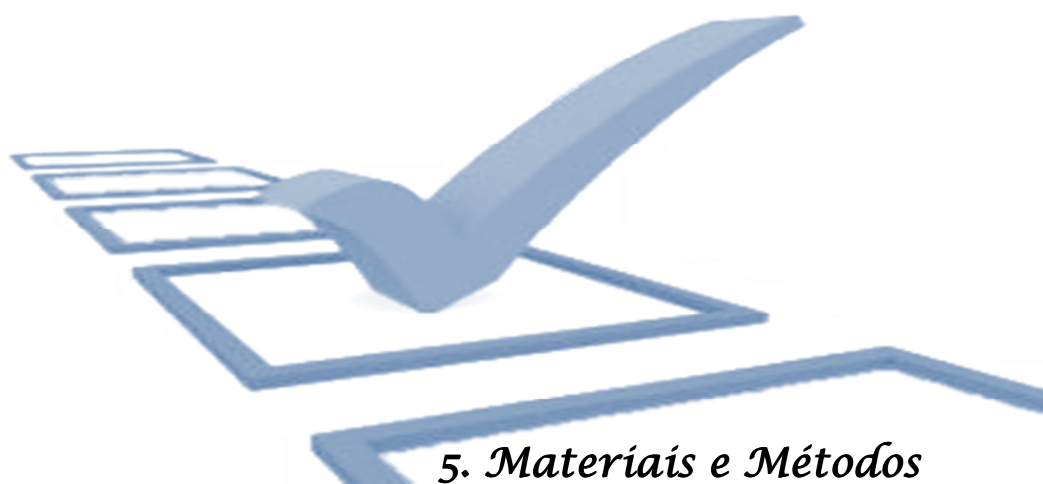
Desse modo, entende-se que estudos avaliativos atinentes à APS, voltados para a abordagem dos atributos, conferem maior fidedignidade e usabilidade de resultados (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Não obstante, para alguns autores é o grau de comprometimento do sistema e dos serviços de saúde com os princípios da APS que asseguram maior efetividade da atenção oferecida (MACINKO; HARZHEIM, 2007), pois um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais efetivo, mais satisfatório para a

população, tem menores custos e é mais equitativo - mesmo em contextos de grande iniquidade social (HARZHEIM; STEIN; ÁLVAREZ-DARDET, 2004; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; VIANA, 2013).

Finalmente, reforça-se o conceito de que a ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde e para a relação com as pessoas, as famílias e as comunidades, porque assume o compromisso de oferecer uma assistência integral e resolutiva e de humanizar as práticas de saúde, visando a qualidade de vida da população e a saúde como direito de cidadania (BRASIL, 2006). Os serviços de Atenção Primária devem responder às necessidades de saúde da população e estar organizados em uma estrutura hierarquizada, de forma que, caso haja necessidade, possa ter garantida a atenção em um nível de maior complexidade (ALVES, 2005).

A avaliação da presença dos atributos da Atenção Primária e do funcionamento da ESF em consonância com os princípios do SUS, deve ser uma atividade a acontecer no âmbito nacional, regional e local, com vistas a fornecer subsídios para as adequações necessárias, principalmente por se tratar de um processo em implantação e com tendência a universalização (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; VIANA, 2013).

Assim, um serviço de Atenção Básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de Atenção Primária quando apresenta os quatro atributos essenciais. No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance do melhor acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação possível, considerando os recursos que possui e superando limitações existentes, ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial às pessoas com DM2, favorecendo o controle da doença, estimulando o autocuidado e prevenindo complicações, além de promover a satisfação dos usuários para com os serviços.



5. Materiais e Métodos

5.1 Tipo de estudo

Estudo avaliativo, quantitativo transversal realizado em Maringá-PR, como parte de uma pesquisa maior intitulada “Assistência às pessoas com diabetes *mellitus* na Atenção Básica: avaliação do serviço, condições de saúde e enfrentamento da doença para implementação de estratégias de cuidado”, vinculada à Universidade Estadual de Maringá, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Edital Universal 487109/2013).

A pesquisa avaliativa em saúde consiste fundamentalmente em fazer um julgamento sobre uma intervenção, fornecendo informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre a mesma ou sobre qualquer um dos seus componentes. Tem como objetivo propiciar que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, se posicionem sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente julgamentos que, posteriormente, possam ser traduzidos em ações (HARTZ et al., 2005). Esses julgamentos podem ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou serem elaborados a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTRADIOPOULOS et al., 1997).

A pesquisa avaliativa em saúde, foco deste estudo, busca julgar a realidade observada em relação a programas, intervenções, serviços e ações em saúde, valendo-se de critérios técnico-científicos para tal (HARTZ et al., 2005). Mais precisamente, analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, e as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa, com o objetivo de ajudar a tomada de decisões e a implementação de mudanças, pois permite analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção, visando compreender o como e o porquê dos resultados (BROUSSELLE et al., 2011).

Destarte, esse tipo de avaliação também contribui para tornar as políticas e os programas mais coerentes por meio de uma análise sistemática que descreve e explica as atividades, os efeitos, as justificativas e as consequências sociais de políticas e programas (HARTZ et al., 2005). Ainda, outro objetivo importante da avaliação é a melhoria social, que pode contribuir auxiliando as instituições democráticas a escolher melhor, supervisionar, aperfeiçoar e tornar coerentes as políticas e programas sociais (BROUSSELLE et al., 2011). Além disso, muitas vezes é realizada segundo a abordagem de avaliação dos sistemas de saúde que, para Donabedian (1980), ocorre por meio da avaliação dos aspectos referentes à

estrutura dos serviços de saúde, do processo de trabalho dos profissionais envolvidos e do resultado obtido.

Por sua vez, a pesquisa quantitativa tem como objetivo gerar dados, indicadores e tendências observáveis, a partir de uma realidade mensurável. Permite, ainda, a verificação de associações estatisticamente significativas, à medida que existirem, que são importantes para se conhecer uma realidade. São classificados como métodos fortes em termos de validade externa, pois os resultados adquiridos são generalizáveis para o conjunto da comunidade (SERAPIONI, 2000).

O delineamento quantitativo e seus instrumentos, a exemplo dos questionários estruturados, são indicados nos casos em que o objeto de estudo está bem definido, mediante outras pesquisas que tenham acumulado um corpo suficiente de conhecimentos sobre o tema, pois se trata somente da verificação se tal corpo de conhecimentos é válido em situações ainda não exploradas ou pouco exploradas cientificamente (SERAPIONI, 2000).

As pesquisas quantitativas podem ser classificadas em descritivas e analíticas. Entre as possibilidades oferecidas pelos estudos analíticos está o estudo transversal (BARROS, 2008). Investigações com desenhos transversais produzem “instantâneos” de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Um uso comum para estudos transversais é quando se pretende testar relações causais entre uma variável considerada preditora, de exposição, e variável resposta ou desfecho. Tais estudos são de grande importância e utilidade em diagnósticos comunitários para a situação de saúde local (NAOMAR FILHO; BARRETO, 2013).

Em geral, estudos transversais utilizam amostras representativas da população geral, fundamentadas na teoria estatística, de modo a valorizar o caráter aleatório da amostra. Produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população, com base na avaliação individual de cada um dos membros do grupo, ou seja, trata-se de um estudo epidemiológico que reproduz indicadores globais, utilizando amostras representativas da população a ser estudada, em que a representatividade refere-se ao caráter aleatório da amostragem (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

5.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Maringá, fundado em 1947 e situado na Macrorregião Noroeste do Estado do Paraná, a 425 quilômetros da capital, Curitiba. De

acordo com os critérios de regionalização propostos pela NOAS-SUS 2002, é polo para os 29 Municípios da 15ª Regional de Saúde. A densidade populacional do Município de Maringá é de 678hab/km² sendo a região Norte a de maior concentração. A área territorial do município corresponde a 486,433 Km² com conservação de três bosques de matas nativas (MARINGÁ, 2010).

No município, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no ano de 2000, tendo a cobertura da ESF aumentado de forma expressiva, pois, no ano de 2001, havia 49 equipes, 274 agentes comunitários de saúde (ACS) e a cobertura era de 25,29% da população, passando a 53 equipes, 322 ACS e cobertura de 57,33% em 2006. Atualmente, o município dispõe de 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que abrigam 66 equipes da ESF, sendo que duas UBS possuem cinco equipes; nove possuem três equipes; 11, duas equipes e; sete, uma equipe. O número total é de 318 ACS e cobertura de 61,97% (BRASIL, 2014). Salienta-se que 43 equipes da ESF não possuem equipes de saúde bucal.

Na Figura 5 é possível observar a localização das 29 UBS, sendo 27 no município, uma no distrito de Floriano e uma no distrito de Iguatemi.

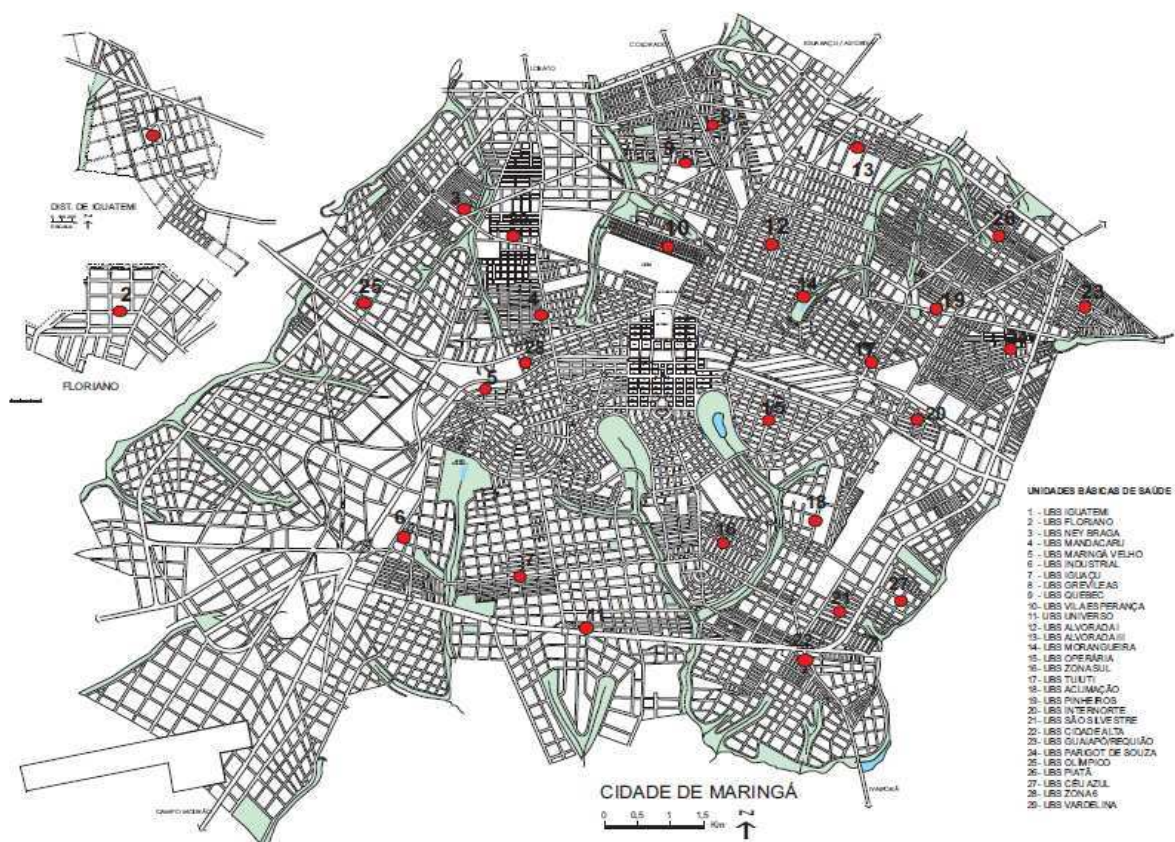


Figura 5. Mapa do Município de Maringá, dividido por Unidades Básicas de Saúde, 2014.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Maringá

Quanto ao diabetes tipo 2, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, Maringá possuía, até o mês de junho de 2013, 7.562 pessoas cadastradas (BRASIL, 2013). Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de Maringá, em 2009, mostraram que a prevalência de DM2 na faixa etária acima de 15 anos era de 3,34% da população, supondo uma reduzida captação, pois estudos revelam que a prevalência da doença, nessa faixa etária, é de 5,6% na região Sul do Brasil (FREITAS; GARCIA, 2012).

Mesmo frente a uma cobertura de mais de 90% dos casos de DM2 pela ESF, atualmente o Plano Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2010), referente aos anos de 2010 a 2013, considera esse agravo um dos principais problemas de saúde do município em estudo, considerando-se o elevado número de hospitalizações e óbitos decorrentes da doença em adultos jovens e na comunidade em geral, respectivamente.

5.3 População do estudo e amostra

O foco do estudo foi a assistência às pessoas com DM2 prestada no âmbito da APS de Maringá, PR, tendo como informantes os gestores das UBS, enfermeiros das equipes da ESF e usuários com diabetes tipo 2 acompanhados pelas equipes da ESF do município de Maringá, PR.

Os critérios de inclusão foram: a) para gestores e enfermeiros: atuar na UBS e equipe de ESF, respectivamente, há pelo menos seis meses; b) para usuários com DM2: ter mais de 18 anos, ter diagnóstico de DM2, estar cadastrado na equipe da ESF e ter sido atendido pela ESF nos últimos seis meses. Os critérios de exclusão foram: a) para gestores e enfermeiros: estar em férias, licença ou atestado médico durante o período de coleta de dados; b) para usuários com DM2: ter mudado o endereço que consta no cadastro.

Foram avaliadas as 29 UBS do município e 63 equipes da ESF. Buscou-se entrevistar todos os 29 gestores, contudo, durante a coleta de dados três UBS estavam momentaneamente sem diretores e em outras duas os diretores haviam assumido o cargo há menos de três meses. Em todos esses casos, para substituir o gestor, foi indicado pelo gestor atual ou pelo enfermeiro com quem tivesse mantido o primeiro contato na UBS, o enfermeiro da equipe da ESF que estava há mais tempo na UBS para fornecer informações referentes à estrutura. Por sua vez, foram entrevistados 63 dos 66 enfermeiros das equipes da ESF, sendo excluídos do estudo: o enfermeiro da equipe rural, por ser itinerante; um, que esteve afastado durante todo o período de coleta de dados por motivo de doença; e outro que estava na equipe há menos de seis meses (Figura 2).

Para definição dos usuários participantes do estudo foram identificados o número de indivíduos com 15 anos ou mais, com diagnóstico de diabetes tipo 2, cadastrados no SIS-HIPERDIA e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), totalizando 7.562 indivíduos. A partir do cruzamento dessas duas fontes de informações foi considerado um erro de estimativa de 5%, nível de confiança de 95% e prevalência de 50%, buscando-se a maior variabilidade possível do evento estudado, sendo acrescidos 15% (55 indivíduos) para eventuais perdas, o que resultou em uma amostra de 420 indivíduos. Considerando-se os casos de recusa e mudança de endereço foram efetivamente entrevistados 408 indivíduos (Figura 6).

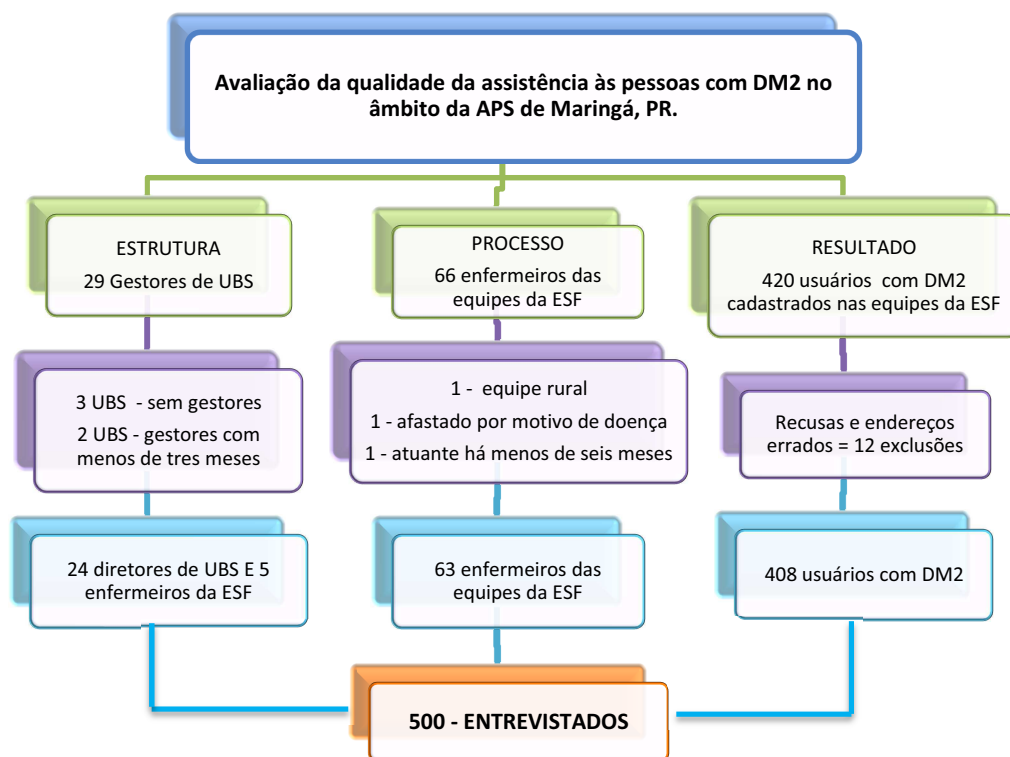


Figura 6. Fluxograma de participantes do estudo, segundo dimensão, 2014.
Fonte: As autoras (2014).

Em seguida, foi realizada estratificação dos usuários com DM2, conforme subamostras proporcionais ao número de usuários com DM2 cadastrados em cada equipe da ESF do município. Para tanto, foram solicitadas listas com nomes e endereços de pessoas com diabetes aos Agentes Comunitários de Saúde, que foram agrupadas em uma lista única para cada uma das 65 equipes da ESF, sendo excluídos os usuários referentes à equipe rural. De posse dessas listas, procedeu-se o sorteio aleatório simples dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1. Plano amostral de acordo com a UBS, e estratificação dos usuários com DM2 entrevistados em cada equipe da ESF.

UBS	Equipe 1		Equipe 2		Equipe 3		Equipe 4		Equipe 5		Total
	Assist*	Entr**	Assist	Entr	Assist	Entr	Assist	Entr	Assist	Entr	
Parigot	103	7	122	7							14
Pinheiros	103	6	97	6	128	7	94	5	109	5	29
Alvorada I	183	10	123	7	135	7					24
Cidade Alta	102	6	107	5	63	3					14
Florianópolis	56	4									4
Grevíleas	142	8	113	5							13
Iguaçu	153	9	82	5	105	7					21
Iguatemi	112	7	142	9							16
Industrial	108	6	110	6							12
Internorte	119	6	103	6							12
Mandacaru	85	4	138	8	89	4					16
Mgá Velho	111	6									6
Morangueira	112	6	145	7	191	10					23
Ney Braga	102	5	107	6	125	7					18
Quebec	125	6	138	8	109	6	100	5	90	4	29
São Silvestre	140	8									8
Tuiuti	140	9	119	6	134	7					22
Universo	168	10									10
V. Esperança	80	5	97	5							10
Vila Operária	97	5	106	6							11
Zona Sul	105	5	108	6							11
Jdm. Olímpico	92	5	125	7							12
Guaiapó	100	6	130	8	101	6					19
Alvorada III	159	8	164	9	106	6					23
Aclimação	92	5	92	5							10
Piatã	86	5	99	6							11
Zona 6	108	6									6
Céu Azul	184	10									10
Vardelina	86	6									6
Total											365 +15% = 420

* Numero de pessoas com DM 2 assistidas pela equipe;

** Numero de pessoas com DM2 entrevistadas

5.4 Variáveis do estudo

5.4.1 Variáveis relacionadas à estrutura

• **Variáveis de caracterização da Unidade Básica de Saúde:** número de equipes da ESF, de equipes completas, de equipes de saúde bucal e de auxiliares administrativos;

• **Variáveis de caracterização do ambiente físico:** presença/ausência de área coberta e protegida com assentos fora da UBS, de banheiros masculinos e femininos para usuários e para funcionários, de construção com princípios de acessibilidade, de bebedouro com filtro de água, sala de espera e recepção com número de assentos e dimensões compatíveis com a demanda da UBS, consultórios médico, de enfermagem e para acolhimento, que garantissem privacidade visual e auditiva, sala para coleta de exames, sala exclusiva para realização de curativos, ambiente para atividades coletivas, sala para agentes comunitários de saúde, para limpeza, esterilização e guarda de materiais e local para armazenamento de antidiabéticos orais e insulina.

• **Variáveis de caracterização dos recursos materiais:** a) presença/ausência de mobiliário e equipamentos - mesa para exame clínico, mesa escrivãzinha e duas cadeiras em todos os consultórios, esfigmomanômetro para adultos e para obesos, estetoscópio, fita métrica e balança nos consultórios médico e de enfermagem, glicosímetros para uso e para entrega ao usuário com DM2 insulino dependente, cadeira para coleta de exames, computadores e impressoras, aparelho de televisão, DVD, e frequência na disponibilidade de carro para realização de visitas domiciliares; b) presença/ausência de insumos – agulha e seringas, fitas reagentes e material para curativo para uso das equipes e para entrega ao usuário, antidiabéticos orais preconizados pelo Ministério da Saúde (Metformina, Glibenclamida e Glicazida) e insulina (NPH e/ou Regular) para distribuição, e material para atividades de educação em saúde (folders e cadernetas).

• **Variáveis de caracterização dos recursos humanos:** verificação de completude das equipes, sendo consideradas completas aquelas compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e número de agentes comunitários de saúde (ACS) de acordo com a população adscrita.

• **Variáveis de caracterização da oferta de atendimento nas UBS:** turnos de atendimento da UBS, dias da semana em que oferece atendimento (segunda a sexta-feira, incluindo ou não os sábados), horário de funcionamento (se atende durante horário do almoço) e se realiza atendimento de urgência.

5.4.2 Variáveis relacionadas ao processo

• **Organização do processo de trabalho da equipe:** a) análise de situação de saúde em diabetes do município, mapeamento do território de abrangência sinalizando usuários com DM2 e estratificação de risco; b) realização de reuniões de equipe: periodicidade, participação dos profissionais integrantes da equipe e do Núcleo de Assistência à Saúde da Família – NASF, temas abordados/discutidos quanto à gestão de casos suspeitos de DM2 e/ou casos difíceis, traçar metas de cobertura, organização da agenda da equipe e avaliação e auto-avaliação das ações desenvolvidas; c) oferta de educação continuada/permanente sobre DM2 para os profissionais da equipe, pela gestão municipal (frequência, suficiência e quais profissionais receberam nos últimos 12 meses); e d) disponibilidade de apoio pela equipe ampliada e/ou profissionais integrantes do NASF.

• **Práticas assistenciais**

a) disponibilidade de atendimento aos usuários com DM2: disponibilidade de vagas reservas na agenda diária, tempo de espera para agendar consulta clínica e para ser atendido, tempo de espera por consulta especializada; serviços disponíveis para o usuário, periodicidade de realização dos grupos de HIPERDIA, realização de atendimento individual a cada atendimento pelos enfermeiros (com orientações sobre hábitos de vida saudáveis e verificação de queixas) e pelo médico (*anamnese*, exame físico, verificação das principais intercorrências, dúvidas e queixas, e orientações sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso); uso do prontuário para registro.

b) indicadores de longitudinalidade e integralidade da assistência: atendimento pelo mesmo médico e mesmo enfermeiros, forma de atendimento dos usuários com DM2 (grupos de HIPERDIA, consultas agendadas pelo usuário e/ou pela equipe), monitoramento clínico a cada atendimento (verificação de níveis glicêmicos, pressóricos, circunferência abdominal, peso, verificação de sinais de complicações, de uso correto da medicação e de queixas); oferta de atividades de promoção da saúde específica/exclusiva para usuários com DM2, realização de atividades educativas; com oferta de orientações em grupo sobre a doença, complicações, importância dos hábitos saudáveis, do monitoramento glicêmico e pressórico, do uso de calçados adequados e do uso correto da medicação e de aplicação da insulina.

c) gerenciamento de casos difíceis e casos novos: gerenciamento de consultas especializadas; implantação de acolhimento à demanda espontânea (incluindo quais

profissionais participam e quanto tempo o usuário espera para ser atendido); captação de novos casos e casos suspeitos de DM2 (como ocorre, verificação de aspectos clínicos, histórico pessoal e familiar, de exames anteriores e solicitação de exames laboratoriais); realização de busca ativa a faltosos e de visita domiciliar aos acamados, elaboração de plano de cuidados por escrito para entrega ao usuário; solicitação de exames específicos para o DM2 pelo menos anualmente; realização de estratégias para identificar usuários com DM2 na área de abrangência.

• **Organização da atenção à saúde de pessoas com DM2:** utilização de instrumento específico para registro, monitoramento e avaliação das atividades do HIPERDIA; cadastramento dos usuários no Sistema de Informação, utilização desses dados para planejamento e avaliação da situação de saúde, e existência de sistema de referência e contrarreferência com fluxo formalizado para exames especializados.

Todos os componentes investigados, tanto no âmbito da estrutura quanto do processo, foram classificados quanto à existência, suficiência e condições de uso, segundo a percepção dos entrevistados que, ao serem questionados quanto à presença/ausência dos itens, foram orientados a apenas caracterizá-los como presentes/disponíveis, quando em condições de uso ou em quantidade suficiente para a sua demanda.

5.4.3 Variáveis relacionadas ao resultado

• **Caracterização dos indivíduos e dados clínicos:** sexo, idade, cor (branca e não branca), situação conjugal (com e sem companheiro), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior), renda mensal familiar (medida em salários mínimos) e número de pessoas dependentes da renda; histórico familiar de diabetes *mellitus* e tempo de diagnóstico.

• **Adesão ao tratamento e manutenção da doença:** a) periodicidade de verificação da glicemia; b) tempo desde a última verificação e resultado; c) tratamento medicamentoso: uso de antidiabéticos orais sob prescrição médica (caso sim, com que periodicidade), uso de insulina sob prescrição médica (caso sim, há quanto tempo, com que periodicidade, quem realiza as aplicações, se recebeu orientações sobre como aplicá-la e quem as forneceu); d) tratamento não medicamentoso: periodicidade semanal que ingere doces e açúcares, carboidratos comuns e integrais, carnes e derivados do leite, frutas, verduras e vegetais, uso

exclusivo de adoçante, consumo de cinco ou mais refeições diárias; frequência de prática de atividade física nos últimos 30 dias; e) comportamentos de risco: tabagismo (sim e não, e número de cigarros por dia) e consumo de bebidas alcoólicas, nos últimos sete dias.

• **Presença de Complicações associadas ao diabetes mellitus:** a) hospitalização decorrente do DM2 (caso sim, quantas vezes e quando foi a última); b) presença/ausência de hipertensão arterial, disfunção renal, alteração oftalmológica, alteração na sensibilidade e presença de dor nos membros inferiores, todas diagnosticadas após o DM2, amputação, dificuldade na cicatrização de ferimentos, histórico de infarto agudo do miocárdio e de acidente vascular cerebral.

• **Caracterização da assistência recebida pelo usuário com DM2:**

a) Indicadores do atendimento: verificação de peso, da pressão arterial, da glicemia capilar, da circunferência abdominal e da ausculta cardíaca, verificação de sinais de complicações, entrega de antidiabético oral e/ou insulina, solicitação de exame de sangue, de urina e de consultas especializadas, oferta de orientações e atividades de educação em saúde de modo geral e específica, abordando a doença, complicações relacionadas a ela, importância da prática de atividade física, alimentação adequada e uso correto do antidiabético oral e/ou insulina, participação nas mesmas, e *anamnese* clínica (perguntam sobre o estado de saúde, hábitos alimentares e prática de atividade física);

b) Indicadores de longitudinalidade: compreende tudo o que o enfermeiro diz ou explica, acredita que ele entende tudo o que lhe fala, tem tempo suficiente para dizer tudo o que necessita, se os profissionais da equipe sabem quais problemas são mais importantes para ele, e se sente-se à vontade conversando com os profissionais da equipe;

c) Indicadores de acesso organizacional: tempo de cadastramento na equipe da ESF (< 5, 5-10, 11-20 e > 20 anos), atendimento pelo mesmo médico e pelo mesmo enfermeiro, agendamento dos exames e de consultas por profissionais especializados na UBS; facilidade para mostrar resultados de exames ao médico, disponibilidade de atendimento no mesmo dia em que vai à UBS, agendamento de consulta médica no mesmo dia em que procura a UBS, necessidade de esperar muito quando chega à UBS para ser atendido, e de esperar muito pelas consultas especializadas;

d) *Satisfação com o atendimento:* já pensou em fazer alguma reclamação sobre o atendimento (sim/não), está satisfeito com o atendimento recebido na UBS que é atendido (sim/não), é bem recebido por todos (sim/não), há algo que gostaria que fosse diferente na

UBS ou na equipe (sim/não), se fosse possível indicaria a equipe a família ou amigo (sim/não), de um a 10, que nota daria para o atendimento que lhe é prestado.

5.5 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta foram utilizados três instrumentos estruturados, elaborados pelas pesquisadoras, com base nos seguintes documentos do Ministério da Saúde: instrumentos utilizados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2013b); Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) (BRASIL, 2010b), e, de modo complementar, e para melhor adequar as questões à prática e às necessidades assistenciais do DM, utilizou-se, também, o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011); o Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* no Brasil (BRASIL, 2001) e o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família (BRASIL, 2008).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012). Está organizado em quatro fases: adesão ao programa; o desenvolvimento de estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria da qualidade e do acesso à Atenção Básica; avaliação externa para verificação das condições de acesso e qualidade, e; reconstrução a partir das necessidades evidenciadas na avaliação externa (BRASIL, 2012).

Durante a etapa de avaliação externa, utilizou-se um instrumento de múltipla escolha, organizado em três módulos, conforme o método de coleta das informações: a) observação das UBS, com objetivo de avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos; b) entrevista com o profissional de saúde da equipe de Atenção Básica, verificação de documentos e obtenção de informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários; c) entrevista com o usuário da UBS para verificar a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (BRASIL, 2013b).

Por sua vez, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool- Brasil) é a versão brasileira do questionário *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), criado por Starfield & cols. (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*, conhecido internacionalmente e validado em outros países (PASARÍN, 2007; LEE, 2009). Após passar por um processo de tradução, adaptação, *debriefing* validação de conteúdo, de construto, e análise de confiabilidade (HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2006) recebeu o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária no Brasil (PCATool-Brasil)(BRASIL, 2010b).

O PCATool-Brasil apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), e a profissionais de saúde e coordenadores/gerentes do serviço de saúde (PCATool versão Profissional). Está dividido em sete domínios, referentes ao grau de afiliação; ao acesso de primeiro contato; à longitudinalidade; à coordenação; à integralidade; à orientação familiar e à orientação comunitária, os quais medem a presença e a extensão dos atributos da APS (BRASIL, 2010b). Salienta-se que, para a elaboração dos instrumentos utilizados no presente estudo, foram utilizadas algumas questões dos domínios: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, porém, considerando-se os participantes do estudo, foram utilizadas apenas as versões adulto e profissional desse instrumento.

Ademais, ao se elaborar os instrumentos procurou-se abranger o maior número de aspectos possíveis acerca da assistência necessária às pessoas com DM2 no âmbito da Atenção Primária. Para tanto, ancorou-se essa elaboração em um modelo lógico desses aspectos, criado pelas pesquisadoras, com base na avaliação normativa da assistência às pessoas com DM realizada por Pereira (2007) (Figura 7). Segundo Medina et al. (2005), na construção do modelo lógico de uma intervenção são empreendidos esforços de modo a detalhá-la nos seus componentes e sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, considerando-se suas determinações contextuais. O modelo foi composto pelos seguintes níveis de ação: gestão, captação, monitoramento e prevenção de agravos (Figura 7).

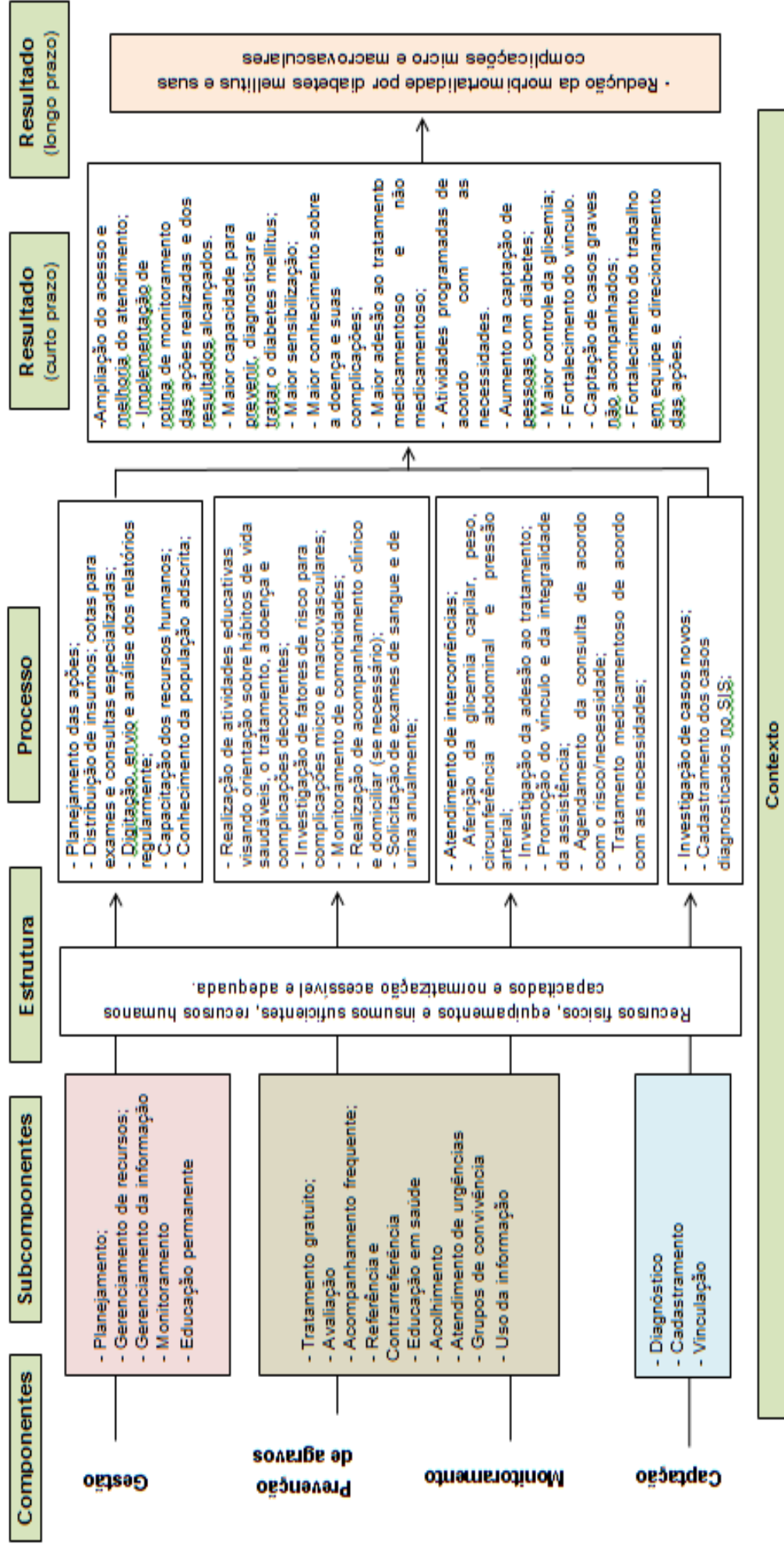


Figura 7. Modelo lógico das ações para assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na Estratégia Saúde da Família, 2014. Fonte: Criado por Pereira (2007), adaptado por Santos e Marcon (2014).

Definidos os conteúdos que seriam abordados, das questões e das opções de resposta que estariam presentes nos instrumentos, estes foram submetidos a um semi teste-piloto, aplicado em um sujeito de cada categoria: um diretor de UBS, um enfermeiro da equipe da ESF e um usuário com DM2; de modo a verificar a compreensão, adequação e suficiência do questionário. Após esse momento, e pela necessidade de fazer algumas adequações no questionário, passamos por duas reuniões do grupo de pesquisa e fizemos uma discussão sobre o questionário com a participação de graduandos de enfermagem, mestrandos, doutorandos, minha orientadora e outra professora do programa de Pós-Graduação sobre os últimos ajustes. Apenas após a aprovação do grupo, deu-se início à coleta de dados.

5.5.1 Questionário referente à avaliação da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (Apêndice A)

O instrumento estruturado utilizado nessa etapa da coleta de dados foi elaborado a partir de questões adaptadas daquelas contidas no primeiro módulo do questionário de avaliação externa do PMAQ (BRASIL, 2013b), referindo-se às condições de infraestrutura, materiais, insumos, medicamentos e recursos humanos, e baseando-se em itens do Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família (BRASIL, 2008).

Esse instrumento (Apêndice A) está constituído de sete questões referentes à caracterização dos entrevistados (sexo, idade, função na UBS, área de formação, tempo que trabalha na UBS, conhecimento do número de pessoas e de famílias residentes na área de abrangência da UBS), e 143 questões abordando aspectos referentes à estrutura disponível para a assistência às pessoas com DM2, quanto à presença/ausência, disponibilidade em quantidade suficiente e em condições de uso, segundo avaliação do informante que, ao ser questionado acerca da presença/ausência dos itens averiguados, era orientado a informar como presente apenas aqueles que estivessem em condições de uso e em quantidade suficiente para a sua demanda. Trata-se de um instrumento semi-estruturado, de múltipla escolha, contendo questões fechadas, com respostas dicotômicas (sim/não), e algumas respostas registradas em uma escala preestabelecida, do tipo Likert, que atribuiu valor entre zero e cinco (zero para resposta "não sei" ou "não se aplica", e de um a cinco indicando o grau de concordância com as afirmações), sendo: nunca= 1; quase nunca= 2; às vezes=3; quase sempre= 4; sempre= 5; ou o contrário.

5.5.2 Questionário referente à avaliação do processo de trabalho das Equipes da ESF (Apêndice B)

O instrumento estruturado utilizado na coleta de dados junto aos enfermeiros das equipes de ESF foi elaborado a partir da adaptação de questões contidas no segundo módulo do questionário de avaliação externa do PMAQ (BRASIL, 2013b), referindo-se à obtenção de informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado, esclarecendo que as questões referiam-se aos usuários com DM2; de algumas questões do PCATool – Brasil - Profissional, referentes às dimensões: grau de afiliação, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade; além de algumas questões semelhantes às dos questionários anteriormente citados, contudo, modificadas com base no Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011); o Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* no Brasil (BRASIL, 2001), de modo a melhor adaptá-las ao objeto de estudo.

Trata-se de um instrumento semi-estruturado (Apêndice 2), constituído por 195 questões, distribuído em três partes: a) questões referentes à caracterização dos entrevistados: sexo, idade, formação profissional (tempo de formação, se possui outra graduação, especialização, residência e/ou pós-graduação *stricto sensu*) e experiência profissional (tempo que trabalha na UBS, carga horária semanal e se trabalha em outro local); b) caracterização da equipe da ESF (número da equipe, se está completa, caso não qual profissional está faltando, se possui equipe de saúde bucal, se possui área descoberta, número de pessoas e de famílias residentes na área adscrita, de pessoas com DM2 cadastradas e acompanhadas pela equipe, e se atende pessoas com DM2 residentes fora da área de abrangência); c) processo de trabalho da equipe quanto à assistência às pessoas com DM2, divididas em três dimensões.

As questões são do tipo abertas e fechadas, sendo que as fechadas possuem respostas dicotômicas (sim/não) e em uma escala preestabelecida, do tipo Likert, que atribuiu valor entre zero e cinco (zero para resposta "não sei" ou "não se aplica" e de um a cinco indicando o grau de concordância com as afirmações), sendo: nunca= 1; quase nunca= 2; às vezes=3; quase sempre= 4; sempre= 5; ou o contrário.

Ao final do questionário foram acrescentadas as seguintes questões de pesquisa: *Fale-me sobre a assistência prestada pela sua equipe às pessoas com diabetes tipo 2. Em sua opinião, o que dificulta e o que facilita a assistência às pessoas com diabetes tipo 2?*

5.5.3 Questionário referente aos resultados mediante a assistência oferecida às pessoas com DM2 pelas equipes da ESF (Apêndice C).

Finalmente, para a elaboração do instrumento utilizado na coleta de dados junto às pessoas com DM2 assistidas pelas equipes da ESF utilizaram-se questões contidas no terceiro módulo do questionário de avaliação externa do PMAQ (BRASIL, 2013b), referindo-se à verificação da satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere à sua disponibilidade, acesso e utilização, além de algumas questões do PCATool – Brasil - Adulto, referentes às dimensões: grau de afiliação, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade; questões semelhantes às dos questionários anteriormente citados, e modificadas com base no Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* no Brasil (BRASIL, 2001), de modo a melhor adaptá-las ao objeto de estudo.

O instrumento semi-estruturado, de múltipla escolha, contendo questões com respostas abertas e fechadas, e que nessa modalidade apresentavam respostas dicotômicas (sim/não) ou em escala tipo Likert, que atribuíam valor entre zero e cinco (zero para resposta "não sei" ou "não se aplica" e de um a cinco indicando o grau de concordância com as afirmações), sendo: nunca= 1; quase nunca= 2; às vezes=3; quase sempre= 4; sempre= 5; ou o contrário, dependendo do objeto investigado na questão, está constituído de 168 questões (Apêndice C), distribuídas em cinco partes: a) caracterização dos indivíduos e dados clínicos; b) adesão ao tratamento e manejo da doença; c) presença de complicações associadas ao DM2; d) caracterização da assistência recebida; e e) avaliação da assistência recebida.

Quanto à avaliação dos serviços pelos usuários com DM2, referente à assistência recebida, acredita-se que seja fundamental pesquisar tal objeto, pois, implica trazer um julgamento sobre características dos serviços, portanto, sobre sua qualidade, de modo a fornecer informações para completar e equilibrar a qualidade dos serviços (GOUVEIA et al., 2011). Além disso, a percepção dos usuários quanto às práticas de saúde nos serviços ocorre pela articulação de características individuais, da cultura da sociedade, da rede de relações instituídas, do grau de expectativa e exigências individuais e da experiência imediata vivida (VAITSMAN et al., 2005).

Considerando-se a subjetividade e a complexidade quanto ao modo de a assistência ser percebida pelo usuário, o que gera críticas acerca das pesquisas de satisfação, ainda assim, cientes da relevância e da necessidade de apreender tal informação, e da ausência de instrumentos validados que permitissem abordar a avaliação por parte do usuário, foram

inseridas no instrumento (Apêndice C) questões adaptadas a partir de estudos de satisfação com usuários da APS (SANTIAGO et al., 2013; ROSA et al., 2011; LAFAIETE et al., 2011; VAITSMAN et al., 2005; GOUVEIA et al., 2009; LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO, 2008). A avaliação pelo usuário foi obtida mediante o somatório de um conjunto de seis questões relacionadas ao atendimento: Já pensou em fazer reclamação sobre o serviço (sim=0; não=1); Gostaria que algo fosse diferente no atendimento (sim=0; não=1); Está satisfeito com o serviço recebido (não=0; sim=1); É bem recebido por todos os profissionais da equipe (não=0; sim=1); Indicaria o atendimento para algum amigo ou familiar (não=0; sim=1) e Que nota daria para o serviço ($<7=0$; $\geq 7=1$). Um total de 6 e 5 foi considerado avaliação positiva, 4 e 3 pontos, intermediária e; 2 e 1 pontos, negativa. Para fins de análise, as categorias avaliação intermediária e avaliação negativa foram agrupadas.

5.6 Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas no período de novembro de 2013 a julho de 2014.

As entrevistas com gestores e enfermeiros foram realizadas pela pesquisadora, e para as entrevistas com usuários contou-se com a participação de uma enfermeira doutoranda em ciências da saúde, duas enfermeiras voluntárias e cinco acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Salienta-se, ainda, que todos foram devidamente treinados e receberam orientações prévias sobre os objetivos do estudo, a metodologia adotada, e a forma de abordar os indivíduos e de registrar os dados coletados.

Com a aplicação dos instrumentos buscou-se obter um panorama da qualidade da assistência às pessoas com DM2 em Maringá, PR, mediante os aspectos da estrutura das UBS e do processo de trabalho das equipes e dos resultados obtidos. A qualidade desses parâmetros foi verificada por meio da análise da efetividade da assistência, medida com base no melhor resultado possível, a partir das ações em saúde oferecidas, caracterizada pela adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, a ausência de complicações e hospitalizações decorrentes da doença e satisfação com a assistência recebida.

Na coleta de dados, por meio dos instrumentos elaborados, buscou-se captar dados que permitissem avaliar a qualidade da assistência às pessoas com DM2, considerando-se os três eixos da teoria da análise dos sistemas proposto por Donabedian (1980) referentes à estrutura, processo e resultados.

5.6.1 Coleta de dados referente à estrutura das Unidades Básicas de Saúde de Maringá, PR

A coleta de dados referentes à estrutura ocorreu entre os meses de novembro de 2013 a maio de 2014, junto a 24 gestores e cinco enfermeiros da ESF, por meio de entrevista semiestruturada, com duração média de 30 minutos. As entrevistas foram previamente agendadas por contato telefônico, ocasião em que os profissionais foram convidados e informados sobre os objetivos do estudo e realizadas nas próprias UBS. Cabe destacar que as entrevistas foram reagendadas até cinco vezes, sempre que necessário.

5.6.2 Coleta de Dados referentes ao processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família de Maringá, PR

A coleta de dados referente ao processo de trabalho ocorreu entre os meses de novembro de 2013 a junho de 2014, junto a 63 enfermeiros da ESF, por meio de entrevista semi estruturada, com duração média de 40 minutos. As entrevistas foram previamente agendadas por contato telefônico, ocasião em que os enfermeiros foram convidados e informados sobre os objetivos do estudo, e realizada nas próprias UBS. As entrevistas foram reagendadas sempre que necessário.

5.6.3 Coleta de dados referentes ao resultado da assistência às pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, pelas equipes da ESF de Maringá, PR

A coleta de dados referente ao resultado ocorreu entre os meses de dezembro de 2013 a julho de 2014, junto a 408 usuários maiores de 18 anos, com diagnóstico de DM2, assistidos pelas equipes da ESF de Maringá e que foram atendidos nos últimos seis meses anteriores à coleta. A entrevista semiestruturada foi realizada no domicílio de pessoas, sorteadas aleatoriamente, a partir da relação de pessoas com DM2 fornecida pelas equipes da ESF e teve duração média de 40 minutos. As entrevistas ocorreram nos dias úteis da semana nos períodos matutino e vespertino, e aos sábados no período matutino.

5.7 Organização dos dados para análise

Os dados obtidos foram duplamente digitados e comparados para a correção dos erros de digitação no software Microsoft Office Excel[®] 2010e, posteriormente, analisados com o

auxílio do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0 para Windows. Foram analisados em duas etapas, sendo a primeira referente à estatística descritiva (frequência e comparação das proporções) e a segunda, à estatística inferencial, por meio de testes não paramétricos: análise de variância, análise univariada e regressão logística múltipla, segundo objetivos do estudo e variáveis dependentes e independentes estudadas.

A análise descritiva foi utilizada para caracterizar os informantes do estudo, apresentação das variáveis abordadas, verificação de prevalência dos desfechos estudados, e analisar a estrutura das UBS e o processo de trabalho das equipes da ESF. A análise inferencial foi utilizada para identificar o modo com que os enfermeiros e usuários avaliam a assistência às pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2.

Na primeira etapa, foi verificada inconsistência nos dados, erros na entrada ou omissão de respostas. Considerando-se que foram utilizadas questões semelhantes para usuários e enfermeiros, para cada variável foi determinado um escore médio, resultante do somatório de todas as respostas, dividido pelo número total de respondentes. Posteriormente, para avaliar e comparar os escores médios obtidos junto a enfermeiros e usuários, os dados foram submetidos à análise de variância (ANOVA), que foi aplicada nas variáveis que satisfizeram as proposições de independência, homocedasticidade e normalidade. A homocedasticidade foi verificada pelo teste de Levene. Para as variáveis que não satisfizeram tais critérios foi utilizada a análise de variância não paramétrica, ou seja, o teste Kruskal-Wallis. Em todos os testes foi adotado o nível de significância estatística de 5%.

Na análise da dimensão resultado, verificou-se a relação da assistência prestada às pessoas com DM2 pelas equipes da ESF, satisfação dos usuários a assistência ofertada e quais fatores estavam associados a esses desfechos. Para tanto, considerou-se que a assistência foi efetiva quando foi verificada adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentos o, ausência de complicações microvasculares e de hospitalizações decorrentes da doença. A adesão ao tratamento medicamentoso foi considerada quando os indivíduos com prescrição médica relatavam fazer uso do antidiabético oral diariamente. O uso da insulina não foi incluído na análise deste desfecho, por causa do número reduzido de pessoas com DM2 em uso de tal medicamento, inviabilizando as análises múltiplas. As variáveis consideradas na adesão ao tratamento não medicamentoso foram: prática de atividades físicas regular e padrão alimentar adequado.

A prática de atividade física regular foi considerada quando o paciente relatava realizar exercícios dinâmicos (caminhada, ciclismo, ginástica, entre outras) com frequência mínima de três vezes na semana e duração mínima de 30 minutos cada sessão (SOCIEDADE

BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O padrão alimentar foi considerado adequado quando o indivíduo afirmava não ingerir ou quase nunca ingerir doces, açúcares, carboidratos diversos e alimentos ricos em gorduras; ingerir sempre ou quase sempre cinco ou mais porções de frutas, verduras e legumes; fazer uso exclusivo sempre ou quase sempre de adoçante, e realizar cinco ou mais refeições diárias. O padrão inadequado foi considerado quando o indivíduo relatou três ou menos desses itens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

Quanto às complicações microvasculares autorreferidas relacionadas à doença considerou-se presença ou não de alterações renais, oftalmológicas e de sensibilidade de membros, demora na cicatrização de ferimentos e amputações. A hospitalização por diabetes foi investigada mediante a pergunta “*Você já foi hospitalizado alguma vez por causa do diabetes?*” e, em caso de respostas afirmativas, também se perguntava o número de vezes.

No que diz respeito à avaliação do serviço pelos usuários, tal variável desfecho foi obtida mediante o somatório de um conjunto de seis questões relacionadas ao atendimento: Já pensou em fazer reclamação sobre o serviço (sim=0; não=1); Gostaria que algo fosse diferente no atendimento (sim=0; não=1); Está satisfeito com o serviço recebido (não=0; sim=1); É bem recebido por todos os profissionais da equipe (não=0; sim=1); Indicaria o atendimento para algum amigo ou familiar (não=0; sim=1) e Que nota daria para o serviço ($<7=0$; $\geq 7=1$). Um total de seis e cinco pontos foi considerado avaliação satisfatória, quatro e três avaliação moderada, e dois e um avaliação insatisfatória. Para fins de análise, as duas últimas categorias foram agrupadas.

Realizada a categorização da variável desfecho (1= exposto; 2= não exposto), utilizaram-se análises univaria das e de regressão logística múltipla. Para as análises univariadas realizou-se o teste não paramétrico de proporções Qui-quadrado de Pearson, que é utilizado em diversas pesquisas quando os resultados são obtidos na forma de variáveis qualitativas dicotômicas. Considerou-se intervalo de confiança de 95% e nível de significância estabelecido quando $p<0,05$. As variáveis testadas na análise univariada foram inseridas no modelo de regressão logística múltipla quando houve significância estatística $<0,20$, segundo o método *stepwise*. Utilizou-se, como medida de associação, o *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95% e nível de significância estabelecido quando $p<0,05$ para os testes realizados. A qualidade do ajuste do modelo foi verificada por meio do teste do Hosmer e Lemeshow que, do ponto de vista estatístico, avalia as diferenças entre as classificações previstas pelo modelo e as observadas. Caso essas diferenças sejam

significativas (valor de $p < 0,05$), o grau de a curácia do modelo não é estatisticamente bom, por isso, valores mais próximos de 1,0 indicam melhores ajustes.

Para a análise dos dados qualitativos referentes à percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca das potencialidades e limitações da assistência às pessoas com DM2, adotaram-se pressupostos do planejamento estratégico, utilizando-se, para tanto, as seguintes ferramentas gerenciais: a Matriz *SWOT* e o diagrama de relações. *SWOT* é o acrônimo das palavras *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Oportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), conhecida no Brasil como matriz FOFA. A Matriz configura-se como uma ferramenta que permite analisar as condições internas e externas de determinada situação (SOUZA et al., 2013). Trata-se de uma das práticas mais comuns voltadas para o pensamento estratégico e organização de empresas, pois, por meio da matriz, é possível se obter uma visão clara e objetiva sobre quais são as limitações e potencialidades de um serviço, e dar subsídio para a potencialização das forças e oportunidades, e corrigir ou minimizar as fragilidades e ameaças no ambiente externo (SOUZA et al., 2013).

As *forças*, ou pontos fortes, são as variáveis internas que proporcionam condições favoráveis para o desenvolvimento e aprimoramento de um serviço em relação ao seu ambiente; as *fraquezas* são deficiências que inibem a capacidade de desempenho (ambas podem ser controladas pelos atores envolvidos); *oportunidades* são situações externas que podem contribuir para a concretização dos objetivos de determinado serviço e podem criar as condições favoráveis, desde que a mesma esteja apta ou tenha interesse em utilizá-las; as *ameaças* dizem respeito às situações externas que podem prejudicar a execução de objetivos estratégicos (oportunidades e ameaças, são fatores do ambiente externo que impactam diretamente o serviço e não podem ser controlados pelos atores envolvidos) (SOUZA et al., 2013).

O diagrama de relações, por sua vez, explora as relações de causa e efeito entre os pontos estudados, permitindo ao gestor visualizar quais são os que estão diretamente ligados ao problema central e aqueles que estão indiretamente relacionados, podendo, assim, identificar os principais nós críticos das relações. A elaboração do referido diagrama é dinâmica por permitir várias relações entre diferentes tópicos, não existindo, portanto, uma única forma de correlacionar os itens estudados (DELLARETTI FILHO, 1996).

Salienta-se que, para a construção da matriz, os tópicos levantados foram alocados, conforme apontados pelos enfermeiros, sem que sofressem inferências das pesquisadoras. Assim, foi delimitado como potencialidade e/ou limitação, segundo o modo como a assistência é percebida pelos enfermeiros em estudo. Ademais, com intuito de ilustrar os

pontos identificados em sua construção utilizaram-se, também, alguns trechos de relatos dos enfermeiros, que foram divididos em unidades temáticas, segundo cada vertente da matriz.

5.8 Aspectos éticos

Desenvolveu-se o estudo considerando-se as recomendações éticas nacionais e internacionais para pesquisas com seres humanos pela Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 (CNS, 2012). Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor (Anexo A). O projeto foi autorizado pelo Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (Anexo B) e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP-UEM), conforme consta no parecer registrado sob protocolo 448.162 (Anexo C).

Reforça-se que foram garantidos os direitos de livre participação, sigilo total em relação às informações fornecidas, e a possibilidade de desistir da participação voluntária a qualquer momento ao longo da entrevista. Antes das entrevistas os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, tipo de participação desejada e tempo médio de duração da mesma.



6. Resultados e Discussão

Visando a melhor organização dos achados desta investigação, e posterior publicação dos dados, os resultados estão apresentados no formato de cinco artigos científicos. Cada artigo é resultado de um objetivo específico proposto para o presente trabalho.

6.1 Artigo 1

ASSISTENCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ANÁLISE DE ESTRUTURA E PROCESSO

Resumo

Objetivo: Caracterizar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde e o processo de assistência de equipes da Estratégia Saúde da Família às pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Métodos:** estudo avaliativo transversal, realizado em um município do sul do Brasil, referente a 29 unidades básicas e 63 equipes da estratégia, cuja coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2013 a junho de 2014, por meio de questionário contendo indicadores referentes à estrutura e processo da assistência. A análise deu-se por estatística descritiva com valores absolutos e relativos. **Resultados:** os resultados mostraram que há insuficiência ou ausência de componentes da estrutura física, insumos, materiais e equipamentos necessários para a assistência às pessoas com diabetes mellitus. Quanto ao processo de assistência, constatou-se insuficiência de ações de educação em saúde, captação de casos novos, acompanhamento e monitoramento, gerenciamento das informações, oferta de educação permanente para os profissionais de saúde e planejamento das ações das equipes. **Conclusões:** a estrutura das unidades básicas de saúde e o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde estão comprometidos pela elevada insuficiência de recursos materiais e humanos, essenciais para a organização do serviço e qualidade da assistência às pessoas com diabetes mellitus.

Palavras-chave Avaliação de programas e projetos de saúde, Atenção primária à saúde, Saúde da família.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à saúde (APS) é o primeiro nível do sistema de serviços de saúde, portanto, é a porta de entrada preferencial para o mesmo, na qual são desenvolvidas ações resolutivas para a maioria dos problemas de saúde da população, e quando articulada aos demais níveis de complexidade forma uma rede integrada de serviços (STARFIELD, 2004)⁽¹⁾. De modo a contribuir para a construção e a consolidação do SUS, propondo a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras (SPAGNUOLLO et al., 2012)⁽²⁾.

A ESF tem como propósito priorizar a implementação de intervenções de promoção da saúde e prevenção de agravos, com base no perfil epidemiológico da população (MOURA et al., 2010)⁽³⁾, além de oferecer assistência por equipes multidisciplinares, de modo a contribuir para a resolutividade e a integralidade das ações, favorecendo o controle da evolução de

algumas doenças, especialmente as crônico-degenerativas como o diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), que é uma condição altamente sensível à APS (MORAES et al., 2006)⁽⁴⁾ e tem alta prevalência no Brasil e no mundo (BOTTLE et al., 2008)⁽⁵⁾. A atenção em DM2 envolve a oferta de intervenções clínicas e educativas, e visa ao controle metabólico e a prevenção da morbimortalidade associada à doença (RONKSLEY et al., 2013)⁽⁶⁾. Contudo, para que os resultados dessa prática assistencial alcance resultados satisfatórios com a qualidade esperada é essencial que os serviços de saúde disponham de estruturas e recursos adequados, o que inclui área física e instalações, materiais e equipamentos, número adequado de profissionais com preparo específico, além de um elenco de serviços que abranjam as necessidades de saúde dos doentes (SILVA et al., 2011)⁽⁷⁾.

Nas duas últimas décadas, com o reconhecimento da relevância da APS no cenário epidemiológico nacional, a ESF tem recebido atenção especial no âmbito nacional e internacional (GIBSON; SEGAL; MCDERMOTT, 2013; ALFRADIQUE et al., 2009; MACINKO et al., 2011)⁽⁸⁻¹⁰⁾, se destacando no melhor controle de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, com queda nas taxas de internação hospitalar devido a condições sensíveis à APS (MORAES et al., 2010; GIBSON; SEGAL; MCDERMOTT, 2013)^(5,8).

A avaliação de programas de saúde pode ser delimitada a partir da análise dos recursos humanos, materiais e do cuidado dispensado ao usuário (SARTI et al., 2011)⁽¹¹⁾. Destarte, o quadro conceitual de avaliação de cuidado em saúde proposto e largamente adotado na literatura e sugere que esta seja pautada em três componentes: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980)⁽¹²⁾. Nessa abordagem, a estrutura refere-se às características dos insumos empregados na atenção em saúde - recursos físicos, humano e materiais, e as formas de organização e funcionamento – normas e rotinas que regulam a oferta do cuidado em saúde. O processo diz respeito à competência da equipe de saúde e ao conjunto de atividades empregadas no manejo do processo saúde-doença; e o resultado refere-se às mudanças verificadas, sejam elas relacionadas a um efeito no estado de saúde dos indivíduos, ou, ainda, a mudanças de comportamento, conhecimentos, satisfação dos usuários e dos trabalhadores dos serviços (DONABEDIAN, 1980)⁽¹²⁾.

A disponibilidade de estruturas adequadas para a prestação da assistência nos serviços de saúde é condição básica para o alcance do bom desempenho de aspectos relacionados ao processo e aos resultados (SERAPIONI; SILVA, 2011)⁽¹³⁾. Desse modo, estudos de avaliação podem subsidiar o processo de reorganização da atenção ao usuário com DM2, favorecendo o reconhecimento e a compreensão dos problemas que podem comprometer o atendimento.

Frente ao exposto, neste estudo teve-se o objetivo de caracterizar a estrutura das unidades básicas de saúde e o processo de assistência de equipes da Estratégia Saúde da Família às pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2.

METODO

Estudo descritivo, transversal, realizado na APS do município de Maringá, Paraná, no período novembro de 2013 a junho de 2014, em 29 Unidades Básicas de Saúde, 66 equipes da Estratégia Saúde da Família e 7.562 mil pessoas com 15 ou mais anos de idade, com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, cadastradas no SIS-HIPERDIA.

O estudo faz parte de uma pesquisa maior que tem como objetivo avaliar a assistência às pessoas com DM2 no âmbito da APS de Maringá, PR. Neste recorte, apresenta-se a avaliação das dimensões estrutura e processo. Foram investigadas as 29 UBS no município, avaliadas a partir da entrevista com os gestores. Das 29 UBS no município, três UBS estavam sem gestores e em outras duas os diretores tinham assumido o cargo há menos de três meses. Nessas cinco Unidades foi indicado, pelo gestor em exercício ou por funcionários da UBS, o enfermeiro da equipe da ESF que estava há mais tempo na UBS para fornecer informações referentes à estrutura. Desse modo, foram avaliadas 63 das 66 equipes da ESF, por meio de entrevista com os enfermeiros, não sendo incluído um enfermeiro da equipe ESF rural por ser itinerante; outro, por motivo de doença; e outro que estava exercendo a função na equipe a menos de seis meses. Assim, a amostra foi constituída por 87 profissionais (87 enfermeiros das equipes e 24 gestores das UBS).

As variáveis referentes à dimensão estrutura foram: a) ambiente físico: dependências básicas, consultórios para médicos, para enfermeiros e para acolhimento à demanda espontânea, que garantissem privacidade visual e auditiva; sala de agentes comunitários; espaço para atividades em grupo e construção com princípios de acessibilidade; b) recursos materiais: equipamentos, materiais e insumos necessários ao desenvolvimento das ações de assistência às pessoas com DM2 na APS; c) recursos humanos: verificação de completude das equipes, sendo consideradas completas aquelas compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e número de agentes comunitários de saúde (ACS) de acordo com a população adscrita.

Para a dimensão processo, as variáveis estabelecidas foram: componentes da assistência às pessoas com DM (educação em saúde, diagnóstico e captação de casos novos e acompanhamento dos casos diagnosticados) e da organização do processo de trabalho das equipes da ESF (gerenciamento de informações, educação permanente em DM2 e planejamento das ações).

Todos os componentes investigados, tanto no âmbito da estrutura quanto do processo, foram classificados quanto à existência, suficiência e condições de uso, segundo a percepção dos entrevistados que, ao início da entrevista, foram orientados a responder quanto à presença/ausência dos itens questionados, quando o mesmo estivesse em condições de uso e/ou em quantidade suficiente para a demanda.

Utilizaram-se questionários estruturados contendo 143 questões para diretores, e 195 para os enfermeiros, referentes à estrutura e processo da assistência ao DM2 na APS, elaborados pelas pesquisadoras, a partir de questões adaptadas daquelas contidas no primeiro módulo do questionário de avaliação externa do PMAQ (BRASIL, 2013b)⁽¹⁴⁾, referindo-se às condições de infraestrutura, materiais, insumos, medicamentos e recursos humanos, e com base em itens do Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família (BRASIL, 2008)⁽¹⁵⁾.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com duração média de 40 minutos, nas UBS, em dias e horários previamente agendados por telefone, remarcados sempre que necessário.

Os dados foram registrados em planilha do *software* Microsoft Office Excel[®] 2010, com dupla entrada, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas para cada variável. No desenvolvimento deste estudo foram atendidas as recomendações éticas nacionais e internacionais para pesquisas com seres humanos e o projeto foi autorizado pelo Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP) (Parecer nº 448.162/2013), e os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

O município tem 29 UBS, localizadas na zona urbana, e duas em distritos; conta com 66 equipes de ESF, e, destas, uma se encontra na zona rural, cobrindo 67,3% da população. As UBS funcionam em horário comercial, permanecem abertas durante o horário de almoço e oferecem atividades de acolhimento à demanda espontânea, assistência em saúde primária e atendimento de emergências.

Dos 24 diretores, 21 (87,5%) eram do sexo feminino, com idade média de 34,8 ($\pm 9,0$) anos, 17 (70,83%), com formação superior em áreas da saúde, atuavam nas UBS, em média, há 3,2 anos

(seis meses a oito anos), e a maioria (72,8%) relatou não ter conhecimento sobre a população residente na área de abrangência e o número de famílias cadastradas.

Dos enfermeiros, a maioria era do sexo feminino (92,1%), com idade média de 37,7 ($\pm 8,05$) anos, tempo médio de conclusão da graduação de 12,9 ($\pm 6,2$) anos, sendo que 27 (44,3%) tinham especialização em saúde da família, 40 (63,5%) em outra área e duas (3,2%) haviam cursado residência. Pouco mais da metade (52,4%) trabalhava há menos de sete anos nas equipes da ESF, com carga horária semanal de 40 horas (61%) e do total, seis (9,7%) tinham outro vínculo empregatício.

Quanto à caracterização das equipes da ESF constatou-se que pouco menos da metade (44,4%) encontravam-se incompletas, sendo o médico o profissional mais citado como ausente. A maioria das equipes não tem equipe de saúde bucal; tem população descoberta em sua área de abrangência, mas realiza atendimento aos usuários nela residentes. A média de população residente na área de abrangência das equipes era de 3.639 (mínimo de 2.200 e máximo de 4.763); das famílias cadastradas era de 1.208 (mínimo de 823 e máximo de 1.590); de pessoas com DM2 cadastradas 120 (mínimo de 56 e máximo de 198), e as que recebiam acompanhamento era de 113 (mínimo de 35 e máximo de 172) (Tabela 1). Ao se realizar a coleta de dados havia 7.562 pessoas com diabetes cadastradas na APS de Maringá e, destas, 6.830 recebiam assistência, resultando em uma taxa de 90,3% de cobertura.

O apoio recebido da equipe ampliada e dos Núcleos de Assistência à Saúde da Família (NASF), considerando-se apenas aqueles em que, segundo a percepção do informante, era oferecido de modo satisfatório às necessidades e demanda das equipes, observou-se que a maioria dos enfermeiros considerou insuficiente o apoio/assistência proveniente dos médicos especialistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. Contudo, consideraram o apoio por parte de psicólogos, farmacêuticos, educadores físicos, nutricionistas e assistentes sociais satisfatório e disponível sempre que necessário.

No que tange à estrutura física, considerando-se apenas os itens de acordo com a demanda e as necessidades das UBS, os diretores e enfermeiros apontaram maiores deficiências em relação às salas para realização de atividades em grupo, por exemplo o HIPERDIA, áreas externas cobertas e com assentos, local para armazenamento de insulina, espaços adequados para atividades coletivas da equipe, seguidos por ausência de construção com princípios de acessibilidade, salas de espera com número de assentos suficientes, consultórios de enfermagem com garantia de privacidade auditiva e visual, acessibilidade, recepção compatível com a demanda e consultórios com garantia de privacidade e sala para ACS (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da frequência de espaço físico em condições de uso e em quantidade suficiente, disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde, Maringá, PR, 2014.

Espaço físico (29 UBS)	Sim		Não	
	n	%	n	%
Área externa coberta com assentos	13	44,9	16	55,2
Banheiro masc. e femin. para usuários	29	100	-	-
Banheiro masc. e femin. para trabalhadores	29	100	-	-
Construção com princípios de acessibilidade	23	79,3	6	20,7
Bebedouro com água filtrada	29	100	-	-
Sala de espera com número de assentos suficientes	23	79,3	6	20,7
Recepção compatível com a demanda	26	89,7	3	10,3
Consultório para acolhimento à demanda espontânea	26	89,7	3	10,3
Consultório médico com privacidade visual e auditiva	26	89,3	3	10,7
Consultório enfermagem com privacidade visual e auditiva	24	82,8	5	17,2
Sala para coleta de exames	28	96,6	1	3,4
Sala exclusiva para curativos	28	96,6	1	3,4
Espaço para atividades coletivas	17	58,6	12	41,4
Sala para agentes comunitários de saúde	26	89,7	3	10,3
Sala de limpeza de material	28	96,6	1	3,4
Sala para atividades do HIPERDIA	8	27,6	21	72,4
Local para armazenamento de medicamentos	27	93,1	2	6,9
Local para armazenamento de insulina	18	64,3	11	37,9

Na mesma direção, também foram observadas elevadas porcentagens de ausência ou insuficiência de alguns recursos materiais/medicamentos, sendo que os mais ausentes foram: insulina (NPH/Regular), esfigmomanômetro para uso em pessoas obesas e equipamentos de informática; equipamento básico e indispensável para avaliação e monitoramento dos usuários com DM2 em todas as equipes: glicosímetros para empréstimo e fitas reagentes para entrega aos usuários, aparelho de TV e DVD para atividades educativas; e, em menor número, mobiliário básico para consulta clínica em todos os consultórios e material impresso para atividades educativas. A respeito da disponibilidade de transporte para visitas domiciliares e atividades externas foi relatado pela maioria dos respondentes que a disponibilidade é de apenas uma vez por semana, o que, na grande maioria das vezes, não é adequada às necessidades da equipe (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da disponibilidade de materiais, equipamento e insumos em condições de uso e em quantidade suficiente, para a assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 nas Unidades Básicas de Saúde da Família, Maringá, Paraná, 2014.

Materiais, equipamentos e insumos (29 UBS)	Sim		Não	
	n	%	n	%
Mobiliário básico para consulta clínica*	26	89,7	3	10,3
Equipamento básico para avaliação/monitoramento**	22	75,9	7	24,1
Glicosímetro para empréstimo ao UD	23	79,3	6	20,7
Fitas reagentes para entrega ao UD	24	82,8	5	17,2
Cadeira para coleta de exames	29	100	-	-
Esfigmomanômetro (para obesos) nos consultórios	12	41,4	17	58,6
TV	25	86,2	4	13,8
DVD	22	75,9	7	24,1
Agulhas + Seringas para distribuição	29	100	-	-
Material curativo para distribuição	27	93,1	2	6,9
Antidiabéticos orais básicos***	29	100	-	-
Insulina (NPH/Regular)	13	44,8	16	55,2
Material impresso para atividades educativas	26	89,7	3	10,3
Cadeira de rodas	29	100	-	-
Equipamento de informática****	12	41,2	17	58,6
Carro para visita domiciliar				
≤ 1x por semana	25	86,2	-	-
> 2x por semana	4	13,8	-	-
Disponibilidade de carro é suficiente				
Sempre	6	20,7	-	-
às vezes	11	37,9	-	-
Nunca	12	41,4	-	-

* Mobiliário básico para consulta clínica= mesa para exame clínico + escrivaninha + duas cadeiras em todos os consultórios;

** Equipamento básico para avaliação/monitoramento= estetoscópio adulto + esfigmomanômetro adulto + balança antropométrica + glicosímetro + fitas reagentes + fita métrica, em todas as equipes;

*** Antidiabéticos orais básicos= metformina + glibenclamida + glicazida;

**** Equipamento de informática= computador + impressora, em quantidade suficiente;

No que se refere aos componentes relacionados à assistência às pessoas com DM2, constata-se, na Tabela 4, que as atividades de educação em saúde específicas para tais usuários ocorrem em apenas 35 equipes. Contudo, a oferta de orientações sobre hábitos saudáveis de vida, aspectos relacionados à doença, sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso e a importância do monitoramento glicêmico frequente é realizada por todas.

Por sua vez, sete equipes não realizam estratégias para rastreamento de casos de DM2 na população em geral, e 62 equipes investigam presença de DM2 em usuários com outras DCNT. Ao atenderem possíveis casos da doença, quatro equipes não fazem solicitação de glicemia em jejum e três não realizam verificação de glicemia casual. A estratificação de usuários com DM2 segundo

risco e gravidade já havia sido realizada por 51 equipes, contudo, apenas 45 delas possuíam registro daqueles com maior risco.

A periodicidade das reuniões do HIPERDIA, em sua maioria, é trimestral, sendo que nove equipes não realizam consultas médicas com exame físico, anamnese e verificação de intercorrências, e seis não realizam orientações sobre fatores de risco e tratamento durante as consultas. O monitoramento por meio de verificação dos níveis pressóricos e glicêmicos, do peso e da circunferência abdominal, a cada atendimento, não é rotina em 17 equipes, enquanto o exame clínico dos membros inferiores também não é realizado em 31; e a verificação das últimas intercorrências, dúvidas e queixas não é realizada em cinco equipes (SEM A TABELA NÃO SEI O QUE ESTARIA CORRETO. MAS INCLUÍ – não é realizada – SUPONDO QUE SEJA ISSO). Ademais, a realização de busca ativa a usuários com DM2 que não comparecem aos encontros do HIPERDIA ocorre em 61 equipes, e, apenas 22 elaboram plano de cuidados por escrito para ser entregue aos usuários (Tabela 4).

Tabela 4. Disponibilidade dos componentes relacionados a assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, Maringá, PR, 2014.

Componente	Subcomponente (63 equipes ESF)	Sim		Não	
		n	%	n	%
Educação em Saúde	Oferta de ações educativas específicas para UD	35	55,6	28	44,4
	Orientações sobre:				
	hábitos de vida saudáveis	61	96,8	2	3,2
	aspectos relacionados à doença	63	100	-	-
	tratamento medicamentoso	63	100	-	-
Captação e Diagnóstico (casos suspeitos)	importância do monitoramento glicêmico	63	100	-	-
	Estratégias para rastreamento de DM2 na população	56	88,9	7	11,1
	Rastreamento em pessoas com outras DCNT	62	96,8	1	3,2
	Verificação de antecedentes clínicos e familiares	63	100	-	-
	Solicitação de glicemia em jejum	59	93,7	4	6,3
Acompanhamento	Verificação de glicemia casual	60	95,2	3	4,8
	Estratificação de UD por risco/gravidade	51	80,6	12	19,4
	Registro de todos os UD com maior gravidade	45	71,4	18	28,6
	Periodicidade dos grupos de HIPERDIA				
	bimestral	5	7,9	-	-
	Trimestral	58	92,1	-	-
	Consulta médica completa*	54	85,5	9	14,5
Consulta médica com orientações**	57	90,3	6	9,7	
Consulta de enfermagem	63	100	-	-	
Entrega de antidiabético oral e/ ou insulina	63	100	-	-	

Monitoramento clínico a cada atendimento***	46	72,6	17	27,4
Exame clínico de membros inferiores	32	50,8	31	49,2
Verificação de uso correto do medicamento	63	100	-	-
Verificação de intercorrências, dúvidas e queixas	58	92,1	5	7,9
Busca ativa de UD faltosos	61	96,8	2	3,2
Visita domiciliar a UD acamados	63	100	-	-
Elabora plano de cuidados por escrito para UD	22	34,9	31	65,1
Solicitação anual de exames de acompanhamento	63	100	-	-

UD= Usuário com diabetes mellitus tipo 2; DM2= Diabetes mellitus tipo 2; DCNT= Doença crônica não transmissível.

* Consulta médica contendo exame físico, anamnese e verificação de intercorrências;

** Oferta de orientações sobre os fatores de risco e tratamento medicamentoso e não medicamentoso durante consulta médica;

*** Monitoramento dos níveis pressóricos, glicêmicos, peso e circunferência abdominal

Quanto à organização do processo de assistência das equipes às pessoas com DM2 constata-se que: a grande maioria relatou disponibilidade de informativos para monitoramento de indicadores de condições de saúde, utilização de dados do sistema de informações para planejamento das suas ações e definição de metas, cadastramento os usuários com DM2 no sistema de informação e, nos últimos 12 meses, realização de mapeamento do território de abrangência, sinalizando casos de DM2. Contudo, 18 equipes não têm conhecimento das consultas especializadas solicitadas e realizadas pelos usuários, mesmo o agendamento que, em sua maioria, é realizado pelas UBS.

A maioria das equipes informou que repassa informações por escrito para que os usuários levem aos serviços especializados, que existe sistema de referência para exames especializados, porém não existe contrarreferência para tais exames. Nove equipes não possuem instrumento específico para registro, cadastro e avaliação das atividades desenvolvidas no HIPERDIA (Tabela 5). Constata-se que, segundo os diretores e enfermeiros de 37 equipes, não há suficiência de ações de educação permanente que abordem DM2 no município, e, para 19 informantes, as que são realizadas não contemplam as necessidades da equipe.

As reuniões de equipe majoritariamente são semanais, sendo que há a participação de todos os membros em 58 equipes, e em 21 os profissionais do NASF também participam. Entre os temas mais discutidos durante essas reuniões constam a definição de metas e ações da equipe, seguida por organização da agenda, gerenciamento de casos difíceis e avaliação/autoavaliação das ações desenvolvidas (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos componentes relacionados à organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família para assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2, Maringá, PR, 2014.

Componente	Subcomponente (63 equipes ESF)	Sim		Não	
		n	%	n	%
Gerenciamento da Informação	Disponibilidade de informativos para monitoramento de indicadores	55	87,3	8	12,7
	Utiliza dados do Sis-Hiperdia para planejamento de ações e metas	57	91,9	5	8,1
	Cadastra todos os UD no Sistema de Informação	56	88,9	7	11,1
	Possui mapeamento do território sinalizando UD*	59	93,7	4	6,3
	Equipe faz registro no prontuário a cada atendimento	63	100	-	-
	Equipe tem conhecimento de todas as consultas especializadas que o UD faz	45	71,4	18	28,6
	UBS agenda as consultas especializadas solicitadas	54	85,2	9	14,3
	UBS informa o usuário data e horário das consultas	57	90,5	6	9,5
	Entrega algo por escrito para o UD levar ao serviço especializado	60	95,2	3	4,8
	Existe instrumento específico para registro das atividades do HIPERDIA	54	85,7	9	14,3
	Existe sistema de referência com fluxo formalizado para exames especializados	54	85,7	9	14,3
	Existe sistema de contrarreferência com fluxo formalizado para exames especializados	15	23,8	48	76,2
	Educação permanente em DM2	Há no município capacitação dos profissionais da equipe para acompanhamento e tratamento UD	26	41,3	37
Capacitações contemplam as necessidades da equipe		44	69,4	19	30,6
Profissionais que receberam capacitação*					
Médico		31	49,2	32	50,8
Enfermeiro		37	58,7	26	41,3
técnico de enfermagem		19	30,2	44	69,8
Planejamento das Ações	agente comunitário de saúde	9	14,3	54	85,7
	Periodicidade das reuniões de equipe				
	Semanal	54	85,7		
	Mensal	6	9,5		
	Bimestral	3	4,8		
	Participação de todos os profissionais da equipe	58	92,1	5	7,9
	Profissionais do NASF participam das reuniões	21	33,3	42	66,7
São discutidos nas reuniões de equipe:					
gerenciamento de casos difíceis	46	73,0	17	27,0	
planejamento das ações da equipe	60	95,2	3	4,8	
metas de cobertura, atendimento e controle	61	96,8	2	3,2	

organização da agenda da equipe	57	90,5	6	9,5
avaliação das ações/auto avaliação da equipe	45	71,4	18	28,6

*Nos últimos 12 meses;

As limitações do estudo dizem respeito especialmente à abordagem metodológica, pois os dados foram coletados somente a partir da perspectiva de gestores das UBS e enfermeiros atuantes nas equipes da ESF do município, sem fazer uso de instrumentos validados. Contudo, é válido ressaltar que a classificação de suficiência dos componentes investigados refere-se à disponibilidade dos mesmos em relação à demanda e à necessidade de cada uma das equipes da ESF do município em estudo, o que reforça a sua relevância.

Nos últimos anos, a avaliação de programas e serviços de saúde vem ganhando relevância no cenário nacional, sendo destinado maior volume de recursos financeiros por parte do Ministério da Saúde, na tentativa de promover a institucionalização da avaliação. A academia, por sua vez, tem apresentado interesse em desenvolver estudos avaliativos, de modo a sinalizar fragilidades na assistência ou socializar experiências efetivas de implementação de ações em saúde (SARTI et al., 2011)⁽¹¹⁾. Apesar desse inegável avanço, a quantidade de estudos ainda é insuficiente, principalmente no que se refere à avaliação de programas voltados ao controle das DCNT, como o diabetes, o que limita a comparação dos resultados da presente pesquisa, e as inferências acerca da necessidade de melhorias na conformidade dos componentes avaliados.

Os achados do presente estudo sinalizam insuficiência ou ausência de grande número de componentes da estrutura física, insumos, materiais e equipamentos, além de elevado número de equipes incompletas, sendo o médico o profissional mais frequentemente ausente, revelando uma fragilidade na estrutura disponível nas UBS para assistência às pessoas com DM2. Por sua vez, o processo de trabalho das equipes da ESF apresentou insuficiência quanto às ações de educação em saúde específicas para usuários com DM2, ao diagnóstico e à captação de casos novos; acompanhamento e monitoramento dos casos já cadastrados, gerenciamento das informações em saúde, oferta de educação permanente para os profissionais de saúde pelo município e, também, no planejamento das ações das equipes da ESF.

Embora mais de 90% dos casos de DM2 no município sejam assistidos pela ESF, de acordo com o Plano Municipal de Saúde, referente aos anos de 2010 a 2013 (PARANÁ, 2010)⁽¹⁶⁾, esse agravo é um dos principais problemas de saúde do município em estudo, porque, existe elevado número de hospitalizações e óbitos, decorrentes da doença em adultos jovens e na comunidade em geral. Não obstante, os achados evidenciam dificuldades na

realização de ações consideradas prioritárias na assistência a este grupo de usuários, pois se observa que há insuficiência de aspectos alguns básicos: a realização de ações para rastreamento de novos casos na população de modo geral e naqueles que apresentam outras DCNT; oferta de ações educativas específicas para DM2; ausência de espaço adequado para realização de tais atividades; estratificação dos usuários com DM2, segundo a gravidade; monitoramento completo a cada consulta; e realização de consulta médica com *anamnese* e exame físico. Pode-se inferir, portanto, que a elevada taxa de morbidade decorrente da doença pode estar relacionada a tais fragilidades.

Salienta-se que a ausência/insuficiência dos recursos/ações anteriormente citados pode interferir sobremaneira na assistência aos usuários com DM2, além de desfavorecer a adesão ao tratamento e controle da doença. Contudo, os achados se coadunam com outro estudo (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011)⁽¹⁷⁾, em que os autores analisaram o processo de assistência a usuários com DM2, constatando que a assistência era fragmentada, com reduzido número de ações de monitoramento e avaliação de fatores de risco para complicações e comorbidades: exame dos pés, verificação do índice de massa corporal e de circunferência abdominal, exame oftalmológico, hemoglobina glicada e ações educativas.

Também no estudo supracitado, os autores constataram que os registros das ações em saúde em prontuário se os atendimentos a usuários com DM2 foram predominantemente realizados pelos médicos, revelando falta de integração e articulação do processo de trabalho das equipes (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011)⁽¹⁷⁾, o que difere dos achados do presente estudo, em que o registro em prontuários foi referido por parte das equipes da ESF, além da realização de consultas de enfermagem.

Foi referida pelos enfermeiros participantes deste estudo, a dificuldade que enfrentam para fazer uso das informações disponíveis, no direcionamento das práticas assistenciais, e a ausência de um sistema de referência e contra-referências, o que desfavorece um monitoramento eficiente e a coordenação dos processos de cuidado. Não obstante, a literatura mostra que existe associação positiva entre coordenação de informações, organização do processo de trabalho e a continuidade dos cuidados, alta qualidade e aumento da eficiência da atenção em saúde (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011)⁽¹⁸⁾.

A elevada porcentagem de equipes que não realizam atividades indispensáveis na assistência às pessoas com DM2 pode estar atrelada à grande demanda de assistência ambulatorial, mas, também, ao interesse predominante da comunidade pelas práticas curativas e no atendimento rápido e de modo objetivo, com desvalorização das ações preventivas (NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011)⁽²⁾. Desse modo, em relação às atividades de

promoção da saúde e de monitoramento, duas importantes linhas de intervenção da ESF junto a usuários com DM2 ficam seriamente prejudicadas, indicando a necessidade de maior observância por parte das equipes (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011)⁽¹⁸⁾.

Constatou-se, no presente estudo, que parcela considerável das equipes não discute temas relevantes, como os casos de pessoas com DM2 que não aderem ao tratamento, e a avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes. Esse achado também foi encontrado em estudo de linha de base (SARTI et al., 2012)⁽¹⁹⁾, realizado em 46 municípios do Espírito Santo, no qual apenas 57,8% das equipes da ESF utilizavam o SIAB para planejar suas ações; 28,5% diagnosticavam os problemas, planejavam as intervenções e realizavam as ações de maneira integrada. E uma reduzida parcela das equipes elaborava estratégias para o enfrentamento dos principais problemas sociais de seus territórios adscritos, e realizava reuniões semanais com todos os seus membros para discutir casos, resolver conflitos, planejar as ações e avaliar suas ações.

Foi também referido pelos respondentes do estudo de Sartiet al. (2012) que a oferta de educação permanente aos profissionais da ESF do município encontrava-se limitada, pois para 37 informantes, tais ações eram insuficientes e para 19 não contemplavam as necessidades das equipes. As limitações e insuficiências verificadas quanto às ações de promoção da saúde e de monitoramento dos usuários com DM2, bem como o fraco desempenho das ações ligadas ao planejamento observados no município em estudo, indicam a necessidade de avaliar a fragilidade existente nos processos de educação permanente das equipes e questionar a prioridade atribuída pelas instâncias gestoras a esta premissa básica da ESF (SARTI et al., 2012)⁽¹⁹⁾. (não tenho segurança se falas, inicialmente, do teu estudo ou de outro autor. A partir daqui, é preciso dar uma boa lida e conferir essas possíveis complicações de entendimento)

Outro aspecto relevante a se discutir é o reduzido número de equipes neste estudo, que elabora planos de cuidados por escrito a ser entregues aos usuários com DM2, com o intuito de favorecer e apoiar o autocuidado dos mesmos, sendo considerada limitação, visto que o plano de cuidados constitui ferramenta essencial para o cuidado integral e individualizado, além de favorecer o autocuidado. A implementação das redes de atenção à saúde tem priorizado o autocuidado, apoiado de modo a beneficiar o empoderamento das pessoas para assumirem responsabilidades por sua saúde e a aumentar confiança e as habilidades dessas pessoas para gerenciar seus problemas da saúde (MENDES, 2011)⁽²⁰⁾.

Os achados deste estudo referentes à dimensão estrutura apontam fragilidades quanto aos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis, de modo semelhante aos resultados de estudos que investigaram tais recursos na APS em diferentes regiões do país (SERAPIONI;

SILVA, 2011; FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011; MAIA et al., 2011)^(13,21-22). Por exemplo, estudo que investigou a estrutura arquitetônica de uma amostra de UBS, em sete Estados brasileiros, encontrou que 60% delas apresentavam inadequação quanto aos princípios de acessibilidade, com maior expressão naquelas que possuíam equipes da ESF (SIQUEIRA, 2009)⁽²³⁾. Tais deficiências podem ser reflexo do modelo de assistência à saúde adotado pelos municípios em estudo, em que predominam unidades de saúde pequenas e com apenas uma equipe da ESF.

Outro estudo, o qual investigou o componente estrutura, em 56 equipes da ESF, em dois municípios do nordeste, encontrou elevada insuficiência de recursos materiais, entre os quais os educativos, formulários e fichas, medicamentos e insumos, o que influenciava sobremaneira a qualidade da atenção aos usuários e sua satisfação com a assistência, porque a insuficiência desses recursos pode dificultar a realização de atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos e comprometer a continuidade do cuidado (MOURA; CUNHA; FONSECA, 2010)⁽³⁾.

Nesse sentido, por exemplo, a ausência de sala para atividades coletivas, em grande número de unidades, pode dificultar que se realizem tais atividades e que ocorra a articulação das práticas, do planejamento e da autoavaliação pelos profissionais das equipes, pois há indisponibilidade de espaço que acolha maior número de profissionais a cada reunião de equipe (SARTI et al., 2012)⁽¹⁹⁾. A necessidade de tais espaços e ações é característica da mudança de modelo de atenção, na perspectiva da vigilância em saúde, sendo necessário cada vez mais que a estrutura física das UBS facilite a mudança das práticas em saúde, de modo a favorecer a promoção da saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012)⁽²⁴⁾. Ademais, o envolvimento e participação de todos os profissionais da equipe e das equipes de apoio durante essas atividades favorece a adesão dos usuários com DM2 às atividades (DAVID; TORRES; REIS, 2012; SANTOS; MARCON, 2014)⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Do mesmo modo ao encontrado no presente estudo, alguns estudos mostram que, contrário às características centrais da ESF enunciadas pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde, as equipes raramente possuem os recursos necessários para as suas práticas cotidianas (SARTI, et al., 2012)⁽¹⁹⁾, o que pode, muitas vezes, resultar em ações em saúde mais concentradas em práticas curativistas (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011)⁽¹⁷⁾. Acentuando a problemática, essas ações são planejadas de forma centralizada, sem a participação da comunidade e outros trabalhadores do serviço, centradas na demanda que busca o serviço por já ter uma doença instalada, não sendo inseridos processos sistemáticos de avaliação e monitoramento das ações (SARTI et al., 2012)⁽¹⁹⁾.

A estrutura dos serviços de saúde vem sendo largamente abordada como um dos componentes para análise da APS, salientando sua influência na qualidade e efetividade das ações, incidindo sobre os demais componentes do processo e resultado (MOURA et al., 2010; COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011)^(3,17). E um dos maiores obstáculos da ESF envolve encontrar a melhor utilização possível dos recursos disponíveis, de modo a otimizar esforços e garantir que, mesmo diante da fragilidade nos recursos, a melhor assistência possível seja oferecida aos usuários (NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011)⁽²⁾.

Em suma, a efetivação da ESF como porta de entrada depende do ainda frágil equilíbrio entre disponibilidade de recursos, organização do processo de trabalho e, especialmente, do atendimento à demanda espontânea e programada. Nessa direção, percebe-se a necessidade de se reconhecer a avaliação como um processo permanente entre as equipes, visando ao alcance da qualidade na atenção em DM2, por meio da implementação de ações e posterior autoavaliação das equipes, discussão dos pontos fortes e fracos, planejamento de metas e modos de transpor possíveis limitações de recursos, com foco no melhor resultado das intervenções junto aos usuários.

Faz-se necessário ter cautela ao inferir que uma boa estrutura leva a um bom processo, e este, por sua vez, a um bom resultado, pois melhores pré-condições podem ser mal utilizadas. Entretanto, há que se considerar que a melhoria da atenção à saúde ocorre especialmente no âmbito do processo ou da estrutura, pois os resultados, de algum modo, são sempre consequência dos recursos e ações empregadas para seu alcance.

CONCLUSÃO

De modo geral, os resultados indicam incipiência na disponibilidade de recursos físicos, materiais e até humanos para a assistência às pessoas com DM2 usuárias da APS do município em estudo. Além disso, os componentes do processo verificados demonstraram insuficiência quanto às ações de educação em saúde específicas para usuários com DM2, ao diagnóstico e captação de casos novos, acompanhamento e monitoramento dos casos já cadastrados, gerenciamento das informações em saúde, oferta de educação permanente para os profissionais de saúde pelo município e ainda quanto ao planejamento das ações das equipes da ESF. Os achados deste estudo indicam organização da assistência e disponibilidade de estrutura voltada para o modelo biomédico, em que ações curativistas são priorizadas em detrimento daquelas que prezam pela promoção da saúde e prevenção de agravos nesse grupo específico de usuários.

REFERENCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed. Brasília: Unesco; 2004.
2. Spagnuolo RS, Juliani CMM, Spiri WC, Bocchi SCM, Martins STF. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. *Cienc Cuid & Saude*. 2012 abr/jun; 11(2):226-34.
3. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Primary health care: the structure of units as a component of health care. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010;10 (Supl. 1): S69-S81.
4. Moraes SA, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. [Diabetes *mellitus* prevalence and associated factors in adults in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil; 2006: OBEDIARP Project]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 [cited 2014 jan 12]; 26(5): 929-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500015. Portuguese.
5. Bottle A, Millett C, Xie Y, Saxena S, Wachter RM, Majeed A: Quality of primary care and hospital admissions for diabetes *mellitus* in England. *J Amb Care Man* [Internet]. 2008 [cited 2014 abr 10]; 31:226–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18574381>
6. Ronksley PE; Ravani P; Sanmartin C; Quan H; Manns B; Tonelli M; Hemmelgarn BR. Patterns of engagement with the health care system and risk of subsequent hospitalization amongst patients with diabetes. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [cited 2014 abr 05]; 13: 399. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-399.pdf>
7. Silva ASB, Santos MA, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em uma unidade básica distrital de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011 jul-set; 20(3):512-8.
8. Gibson OR, Segal L, McDermott RA. A systematic review of evidence on the association between hospitalization for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. Gibson et al. *BMC Health Services Research* 2013, 13:336. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-336.pdf>
9. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. [Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP – Brazil)]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2014 fev 8]; 25(6):1337-49. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>.
10. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The Influence of Primary Care and Hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999–2007. *Am J Public Health* [Internet]. 2011 [cited 2014 mar 20]; 101(10): 1963–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222340/>
11. Sarti TD, Maciel ELN, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC. Validade de conteúdo da Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. *Physis. Rev Saúde Coletiva*. 2011;21(3):865-78.
12. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.v. I.

13. Serapioni M, Silva MGC. Evaluation of the quality of Family Healthcare Program in municipalities of Ceará. A multidimensional approach. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4315-26.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2ª ed. Brasília; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
16. Maringá. Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde de Maringá; 2010.
17. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. The implementation analysis of the arterial hypertension care by the Family Health teams in Recife city (Pernambuco, Brazil). *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2011;16(2):623-33.
18. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2).
19. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Evaluation of health planning activities by family health teams. *Cad Saúde Pública*. 2012 mar; 8(3):537-48.
20. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
21. Costa Filha FSS, Nogueira LT, Viana LMM. HIPERDIA: adherence and perception of users accompanied by the family health strategy. *Rev Rene*. 2011;12(n. esp.):930-6.
22. Maia CS, Freitas DRC, Guilhem D, Azevedo AF. Perceptions on the quality of services relating to women's healthcare. *Ciênc & Saúde Coletiva*, 16(5):2567-74, 2011.
23. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2009;14:39-44.
24. Tanaka OY, Tamaki EM. The role of evaluation in decision-making in the management of health services. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2012;17(4):821-828.
25. David GF, Torres HF, Reis IF. Atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em diabetes *mellitus* na atenção primária. *Cienc Cuid Saude*. 2012;11(4):758-66.
26. Santos AL, Marcon SS. Como pessoas com diabetes avaliam a participação familiar em seu processo de cuidado à saúde. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(2):260-9.

6.2 Artigo 2

ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: POTENCIALIDADES E LIMITES

Resumo: Estudo avaliativo, exploratório, que teve como objetivo analisar as potencialidades e limitações da assistência às pessoas com diabetes tipo 2 na perspectiva dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Participaram 63 enfermeiros do município de Maringá, Paraná, de novembro de 2013 a maio de 2014. Os dados foram obtidos, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, realizadas nas unidades de saúde. Na análise dos dados utilizou-se uma matriz e um diagrama de relações. Os resultados mostram que a adesão dos usuários aos serviços oferecidos, o vínculo com a equipe, o envolvimento dos profissionais e a oferta de atividades educativas constituíram as potencialidades da assistência às pessoas com diabetes. Por outro lado, as limitações referiram-se a reduzida adesão ao tratamento, lacunas no processo de trabalho da equipe e reduzida disponibilidade de recursos. Concluiu-se que as limitações foram predominantes na assistência prestada aos usuários com diabetes indicando a necessidade de um olhar mais atento sobre a implementação e avaliação do serviço.

Descritores: Avaliação em Saúde. Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica de incidência mundial, cuja prevalência aumenta concomitante ao envelhecimento populacional (MORAES et al., 2006)¹, e consiste em um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, além de ser categorizado como uma das condições crônicas mais sensíveis à Atenção Primária, à saúde (APS), pois, cerca de 60 a 80% dos casos são passíveis de controle e assistência nesse nível de atenção (BRASIL, 2011)²

Na tentativa de reduzir o número de hospitalizações e atingir o acompanhamento e tratamento adequados na APS, e por sua vez na Estratégia Saúde da Família (ESF), diversas estratégias e ações têm sido elaboradas, destacando-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao DM, criado em 2001 (CARVALHO et al., 2012)³, o qual visa cadastrar usuários no sistema informatizado, disponibilizado pelo DATASUS - HIPERDIA, investigar os fatores de risco para complicações, monitorar as taxas glicêmicas e demais comorbidades, e fornecer medicamentos quando necessário (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011)⁴

Para atender aos objetivos propostos pelo referido programa, as equipes da ESF são fundamentais, nas quais, a maior parte das ações do programa ainda se concentra no

desenvolvimento de grupos voltados para ações educativas em saúde e consultas médicas. (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011)⁴. No que diz respeito aos grupos de ações educativas e de promoção da saúde, o enfermeiro se destaca como um dos principais responsáveis pela assistência ao usuário com diabetes, por contribuir para os processos de planejamento, coordenação, implantação e avaliação desse e de outros programas de saúde (SPAGNUOLO et al., 2012).⁵

No contexto da busca pela melhoria dos efeitos dos serviços na saúde oferecidos à população enfatiza-se a importância da avaliação como uma forma de verificar as condições em que as ações de saúde são desenvolvidas (ARACELI; FONTENELE; JOSENEIDE, 2012).⁶ Isto por que estudos têm enfatizado o papel da avaliação e desempenho das ações e dos programas de saúde, com o objetivo de subsidiar decisões que atendam às necessidades da população, proporcionando alternativas cabíveis à melhor adequação do programa (ARACELI; FONTENELE; JOSENEIDE, 2012; REIS et al., 2013).⁶⁻⁷

Entre as diferentes formas de avaliar a assistência em saúde oferecida às pessoas com diabetes, a busca pela opinião dos enfermeiros atuantes nas equipes da ESF a respeito das potencialidades e limitações do serviço é de grande importância, levando em consideração a sua relevância e ativa participação (PEDUZZI et al., 2011)⁸. Entretanto, cabe destacar que poucos são os estudos que buscam apreender a percepção do enfermeiro acerca dessa temática, mesmo sendo ele um dos maiores responsáveis pelo desempenho dos serviços na APS e parte essencial do processo de cuidado às pessoas com diabetes *mellitus* (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013)⁹.

Por sua vez, a qualidade dessa assistência pode ser influenciada por fatores que incluem dificuldades pessoais, estruturais e organizacionais (SILVA et al., 2011)¹⁰. Mediante ao exposto, pauta-se este estudo nas questões: Como os enfermeiros da ESF percebem a assistência oferecida às pessoas com DM? Quais aspectos favorecem/dificultam a assistência a essa clientela? Destarte, o presente estudo se embasa na prerrogativa de que a avaliação da assistência prestada às pessoas com diabetes, sob a perspectiva dos enfermeiros atuantes nas equipes da ESF, é valiosa para a organização e adequação dos serviços prestados na APS. Isto porque suas concepções, valores e projeções em torno dessa assistência sugerem o modo como ela vem se concretizando e indicam perspectivas que a direcionem. (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013)¹¹ Assim, o objetivo deste estudo consiste em analisar as potencialidades e limitações da assistência às pessoas com diabetes tipo 2 na perspectiva dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

METODO

Estudo avaliativo, exploratório, do tipo estudo de caso. Estabeleceu-se como critério de inclusão o enfermeiro estar inserido na equipe da ESF há pelo menos seis meses, e os de exclusão ser enfermeiro da equipe rural e em afastamento durante o período de coleta de dados. Dos 66 enfermeiros, três não atenderam aos critérios de inclusão. Assim, a amostra foi constituída por 63 enfermeiros das equipes da ESF.

Utilizou-se um roteiro elaborado em duas partes: a primeira refere-se aos dados de caracterização, formação profissional e tempo de atuação na equipe; a segunda, por uma questão norteadora: Fale-me sobre a assistência prestada pela sua equipe às pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2; e sobre o que dificulta e o que facilita essa assistência.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2013 a junho de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas no local de trabalho das equipes da ESF, com duração média de 40 minutos. As referidas entrevistas foram previamente agendadas por contato telefônico, e reagendadas sempre que necessário.

Mediante consentimento formal dos enfermeiros, as entrevistas foram gravadas em mídia digital e, posteriormente, transcritas na íntegra. Na análise, foram adotados pressupostos do planejamento estratégico — as ferramentas gerenciais como a Matriz *SWOT* e o diagrama de relações.

SWOT é o acrônimo das palavras *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), conhecida no Brasil como matriz FOFA – forças, oportunidades, fraquezas e ameaças, e se configura como uma ferramenta que permite analisar as condições internas e externas de determinada situação. (SOUZA et al., 2013)¹². Trata-se de uma das práticas mais comuns do pensamento estratégico e organização de empresas, pois, por meio dela é possível ter uma visão clara e objetiva sobre quais são as potencialidades e limitações de determinado serviço e dar subsídio para potencializar as forças e oportunidades, e corrigir fraquezas e ameaças, tanto no ambiente interno, quanto no externo. (SOUZA et al., 2013)¹²

Forças e fraquezas dizem respeito ao ambiente interno ao serviço/empresa, ou seja, o ambiente no qual os envolvidos possuem governabilidade sobre as ações realizadas. Já, as oportunidades e ameaças dizem respeito ao ambiente externo, referindo-se àquele sobre o qual se tem lidar da melhor forma possível, por não possuir governabilidade. As *forças* ou pontos fortes são as variáveis internas que proporcionam condições favoráveis para o desenvolvimento e aprimoramento de um serviço em relação ao seu ambiente; *fraquezas* são deficiências que inibem a capacidade de desempenho; *oportunidades* são situações externas que podem contribuir para a

concretização dos objetivos de determinado serviço (podem criar as condições favoráveis, desde que o serviço tenha condições ou interesse de utilizá-las) e; *ameaças*, diz respeito às situações externas que podem prejudicar a execução de objetivos estratégicos. Nessa abordagem, oportunidades e ameaças são fatores do ambiente externo que impactam diretamente o serviço e não podem ser controlados pelos atores envolvidos. (SOUZA et al., 2013)¹²

O diagrama de relações, por sua vez, explora as relações de causa e efeito entre os pontos estudados, permitindo ao gestor visualizar quais são os fatores diretamente ligados ao problema central e aqueles que estão indiretamente relacionados, podendo, assim, identificar os principais nós críticos das relações. A elaboração desse diagrama é dinâmica por permitir várias relações entre diferentes tópicos e não exigir uma única forma de correlacionar os itens estudados. (DELLARETTI FILHO, 1996)¹³

O desenvolvimento do estudo seguiu os preceitos éticos disciplinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde no Brasil, e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 448.162/2013). Na apresentação dos dados, os enfermeiros estão identificados no estudo com a letra E, seguida por um número indicativo da sequência de realização das entrevistas. Já, as letras M e F se referem ao sexo masculino e feminino, respectivamente, acrescentando-se, após, o tempo de atuação no serviço, em anos (ex: E1-F,10).

RESULTADOS

A idade dos 63 enfermeiros variou de 25 a 58 anos, a maioria era do sexo feminino (58) e seis tinham dois vínculos empregatícios. O tempo de formação variou de três a 33 anos, seis possuíam pós-graduação, 67 relataram ter cursado alguma especialização, sendo 27 em saúde da família e seis em pós-graduação *stricto sensu*.

A atuação na ESF variou de seis meses a 14 anos. Em relação às equipes da ESF, 43 delas não possuíam saúde bucal e 28 estavam incompletas, e os profissionais de saúde mais ausentes eram o Agente Comunitário de Saúde (20 equipes) e o médico (quatro equipes).

As respostas às questões norteadoras permitiram identificar, na perspectiva do enfermeiro, as potencialidades e limitações vivenciadas pela equipe da ESF no cuidado/assistência às pessoas com diabetes, as quais foram classificadas como pertencentes ao ambiente interno e externo da equipe. Assim, foi construída uma matriz SWOT, adaptada para o estudo, como forma de demonstrar, de maneira mais didática, tais aspectos, subdividindo-os em quatro vertentes: fortalezas, fragilidades, oportunidades e ameaças. (SOUZA et al., 2013)¹²

Potencialidades e limitações na assistência às pessoas com diabetes

Na construção da matriz, mais especificamente da vertente ambiente interno, foram consideradas fortalezas todos os aspectos apontados pelos enfermeiros como favoráveis à assistência às pessoas com diabetes pela equipe da ESF, e como fragilidades todos aqueles que inibem ou atrapalham uma assistência eficiente e de qualidade, sendo que ambos são passíveis de governabilidade. Já, na vertente ambiente externo, foram consideradas oportunidades os aspectos que contribuem e favorecem a assistência; e as ameaças: toda e qualquer situação que não pode ser controlada, mas que prejudica ou dificulta a assistência, causando impacto direto sobre ela, e seus respectivos resultados (Quadro 1).

QUADRO 1. Matriz *SWOT* da assistência às pessoas com diabetes acompanhadas na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva do enfermeiro. Maringá, 2014.

	FORTALEZAS	FRAGILIDADES
AMBIENTE INTERNO	Realização da estratificação dos UD cadastrados; Oferta de atividades de educação em saúde e grupos de caminhada/atividade física, específicas para UD*; Estabelecimento de vínculo entre UD e profissionais atuantes na ESF; Realização de busca ativa a UD que não comparecem às reuniões de Hiperdia e/ou que não aderem ao tratamento; Oferta de orientações à família do UD sobre a doença, durante visitas domiciliares; Participação de toda a equipe da ESF e do NASF [†] durante os grupos de HIPERDIA; Participação ativa dos ACS [‡] nas buscas domiciliares; Satisfação dos UD com o serviço oferecido;	Ausência de atividades educativas e de promoção da saúde exclusivas/específicas para UD; Pouco envolvimento dos profissionais da equipe no planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações junto aos UD; Ausência de consultas médicas durante as reuniões de HIPERDIA; Limitações dos UD na compreensão das orientações recebidas; Tempo de duração dos grupos de HIPERDIA insuficiente para triagem e oferta de orientações acerca da doença; Grupo de HIPERDIA voltado majoritariamente para dispensação de medicamentos; Descrença dos UD nas atividades educativas/palestras; Objeção ao uso da insulina pelo UD;
	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
AMBIENTE EXTERNO	Frequência nas capacitações em diabetes oferecidas pela SMS [§] ; Quantidade suficiente de exames específicos para os UD; ATI localizada ao lado da UBS; Disponibilidade de material e insumos educativos para as reuniões; Adesão dos UD aos grupos e serviços oferecidos; Vínculo entre UD e profissionais da equipe da ESF; Avaliação pelo PMAQ [¶] ;	Reduzida carga horária de atuação do enfermeiro na ESF; Reduzida disponibilidade de recursos físicos, humanos e materiais; Pouca adesão ao tratamento por parte dos UD; Reduzida disponibilidade de transporte para visitas domiciliares; Reduzida participação do NASF nos grupos de HIPERDIA; Reduzida participação da família nas consultas e

	Reconhecimento da importância da equipe da ESF por parte dos UD; Disponibilidade dos Sistemas de Informação; Disponibilidade de medicamentos, insumos e equipamentos;	no controle da doença; Demanda elevada de usuários e de serviços; Reduzido número de consultas especializadas disponíveis; Necessidade de cumprir metas estabelecidas pela SMS; Pouca compreensão dos UD acerca das limitações do serviço; Sobrecarga do profissional enfermeiro; Supervalorização da consulta médica pelo UD; Grupo de HIPERDIA voltado para dispensação de medicamentos; Desperdício de antidiabéticos orais; Descrença nas atividades educativas/palestras; Reduzida variedade de antidiabéticos; Necessidade de troca de experiências entre os profissionais da rede;
--	---	--

*Usuário com diabetes mellitus; †Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ‡Agente Comunitário de Saúde; §Secretaria Municipal de Saúde; †Academia da Terceira Idade. ¶Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Para a construção da matriz, os tópicos levantados foram alocados nos quadrantes da matriz, conforme apontados pelos enfermeiros. Ademais, com o intuito de ilustrar os pontos identificados em sua construção, utilizaram-se alguns trechos de relatos dos enfermeiros, que foram divididos em unidades temáticas, segundo cada vertente da matriz. Os depoimentos apresentados foram editados, de modo a dar melhor fluidez e organização ao texto.

Fortalezas do cuidado

Algumas fortalezas presentes nos cuidados prestados pelas equipes foram referidas: a disponibilidade de medicamentos e insumos, a oferta de atividades de promoção da saúde, e a busca ativa a usuários que não aderem ao tratamento e que faltam às reuniões do Hiperdia: *A gente consegue “catar” um ou outro paciente que é mais rebelde [...] Consegue ir a casa deles e fazer busca ativa quando eles não vêm na reunião, ou então aqueles que não tomam o remédio certinho (E45-F, 4). Vamos às casas deles e aproveitamos e falamos também com a família sobre a doença e tudo [...] A ACS tem o controle de quando tem que voltar novamente, porque tem pacientes que precisam desse cuidado para estar repondo os comprimidos [...] E remédio não falta, nem remédio e nem essas coisas básicas sabe (E8-F, 1)? Tem as “palestrinhas” que fazemos só para os diabéticos, especialmente os “insulino”; o grupo de caminhada e alongamento com o professor de educação física da prefeitura [...] (E18-F,6).*

A participação dos usuários nos grupos de HIPERDIA, a presença de vínculo entre eles e os profissionais atuantes nas equipes da ESF, e a participação efetiva destes profissionais nas reuniões dos grupos também são observadas nos depoimentos: *Quando você está há muito tempo na equipe, acaba tendo a confiança da população, os conhece pelo nome e sabe quais são os problemas deles [...] Daí, o usuário se sente de casa, e sabe que pode chegar aqui e vai encontrar a gente. Aí penso que isso afeta até na adesão deles viu [...] eles acabam fazendo certinho pra não nos decepcionar (E15-F,8). Com a adesão no grupo, a gente não tem problema. Eles vêm nas reuniões e participam de tudo que a gente faz [...] Claro que tem aqueles que não aderem bem, mas ao menos a vinda à reunião, isso eles não deixam; até por que eles sabem que no grupo vai ter orientação; o medicamento; o doutor; as meninas do NASF [...] (E53-F,3). O médico, a equipe toda e até o NASF também [...] é raro os ACSs não estarem presentes; pelo menos um ou dois está. Ainda tem a psicóloga da unidade, ela sempre está presente nas reuniões de Hiperdia. Isso ajuda a conduzir melhor não é (E23-F,4)?*

Fragilidades do cuidado

O reduzido envolvimento da equipe com as atividades do HIPERDIA, a ausência de consultas médicas durante os grupos, duração insuficiente das reuniões e a sobrecarga do enfermeiro foram destacadas pelos enfermeiros: *O HIPERDIA é complicado, é muita gente [...] e para piorar eles brigam porque demora, querem ir embora [...] daí você junta isso com o médico que não participa, por que ele já deixa as prescrições prontas e nem aparece. Sobra tudo para mim e não consigo verificar glicemia, pesar, ver pressão e tudo mais, e ainda dar orientação em tão pouco tempo, e sozinha [...] (E21-F,3). O ACS é dureza menina! Olha aí, quase 10 horas e eles ainda aqui (na UBS) e se eu chegar lá e reclamar, aí que eles não fazem mesmo. Já fiquei sabendo de vezes que encontram a pessoa na rua e pede para assinar (ficha do SIAB), sem nem ter ido a casa dela (E6-F,3).*

Outra fragilidade referida foi a ausência e/ou descrença nas atividades educativas por parte dos profissionais e dos usuários com diabetes: *Atividade educativa e palestra não estamos fazendo, por que não dá tempo. Já fizemos muitas palestras e tudo mais, mas isso não resolve mesmo, eles nem ao menos vêm [...] Eles gostam é da consulta com o médico, de ver a pressão, a glicemia, pegar o remédio e ir embora rapidinho [...] aí eles ficam felizes (E26-M,4).*

Oportunidades do cuidado

A disponibilidade de ATI's, oportunidade para capacitação/atualização, a realização de avaliações do PMAQ e, especialmente, a valorização da equipe e dos serviços oferecidos por parte dos usuários estiveram presentes nas oportunidades vivenciadas na assistência: *Eles chamam de “estica velho” (risos), mas essa academia aí do lado (ATI) ajuda bastante, por que eles gostam de ficar aí fazendo o exercícios e ainda mais se uma de nós aqui for lá ver eles. Às vezes a menina da educação física do NASF vai lá e fica um pouco com eles e eles adoram (E47-F,6). Tem bastante curso e capacitação da secretaria, daí se não fizer certinho é por que não quer, porque, base e orientação a gente tem [...] outra coisa que ajudou foi essa avaliação do PMAQ [...] fez a gente repensar muita coisa que estava fazendo e melhorar também (E60-F,7). Eles vêm em tudo que a gente faz aqui. Até por que eles sabem que estamos aqui para eles, e eles valorizam viu? Eles chegam aqui com um pão caseiro, com um doce [...] Eles sabem que não precisam, mas gostam de agradecer a gente [...] E eu brigo por eles, ligo na secretaria e não deixo faltar; tanto que não falta remédio e nem exame aqui. Graças a Deus acho que eles não têm do que reclamar daqui (E12-F,11).*

Ameaças à qualidade da assistência

As ameaças referidas com maior frequência pelos enfermeiros foram a sobrecarga devido ao acúmulo de atividades e a reduzida participação dos outros membros da equipe da ESF e do NASF nas atividades do Hiperdia, além da carga horária insuficiente para atuação na ESF: *Isso de estratificação é uma coisa muito difícil viu [...] Porque não depende só de nós da enfermagem. Tem que o médico querer fazer também, e ainda tem a questão dos exames que demoram... Escrever as regras é fácil! Quero ver vir aqui e ver o tanto que a gente pena para dar conta de tanto papel, trabalho, paciente, relatório e ainda ter que lidar com médico que acha que a função dele é só vir aqui, atender e ir embora, sem nenhum compromisso com os problemas da equipe (E58-F, 12). Tá difícil de contar com o NASF, porque eles batem o pé que é só apoio, só que para virem dar esse apoio a gente monta tudo, organiza tudo. Daí eles só vem às vezes para dar palestra nas reuniões, e algumas necessidades eles fazem visitas, mas é só isso, mais nada [...] (E11-F, 4). Isso de fazer quatro horas de ESF e quatro de UBS é muito difícil. Como que a gente vai fazer uma assistência mais direcionada com grupos, se as poucas horas que a gente tem no PSF ainda temos que alimentar o sistema, cumprir metas e resolver “pepino” da equipe? O que isso causa é uma “baita” sobrecarga no enfermeiro [...] (E53-F, 3).*

A reduzida adesão dos usuários ao tratamento, o reduzido a escassez de consultas especializadas e de recursos físicos, e de disponibilidade de recursos físicos, materiais, além de

pouca variedade e o desperdício de antidiabéticos orais também foram referidos como ameaça: *O problema é que eles não aderem ao tratamento, não tem jeito! Eles vêm aqui, a gente fala e fala, mas parece que eles não escutam. Sem dúvida o nosso maior problema aqui é a falta de adesão deles [...] dá até um desânimo de fazer as coisas, por que a gente sabe que não vai adiantar nada* (E26-F, 3). *Sem as consultas especializadas, fica difícil de a gente controlar os diabéticos. São poucos médicos pra atender as especialidades, e daí, fica essa fila imensa esperando uma consulta no endócrino* (E32-M, 2). *Tem que ver que precisa de mais variedade de medicação. Seria bom ter mais opções de medicamento para aqueles pacientes que não se deram muito bem com nenhum dos dois. E a gente vê assim, eles têm muita resistência a usar Metformina®, porque dá diarreia e dor no estômago [...] daí eles param de tomar e nem falam para gente. Aí é aquele desperdício de remédio* (E42-M, 1). *A gente até tenta fazer as orientações, mas não tem espaço para isso. O que tem é esse corredor aí, que eu boto todo mundo sentado e fico falando, aí aparece alguém que precisa passar e eu perco toda a linha de raciocínio do que eu estava falando. TV, DVD, essas coisas até tem; mas onde vou colocar* (E18-F, 6)? *Fazemos os grupos de HIPERDIA na casa dos pacientes, por que não tem lugar aqui [...] Temos que levar todo o material e ficamos todos na garagem; sem falar que nem todos vêm, por que estamos com falta de ACS e com falta de médico [...] Daí o HIPERDIA é basicamente eu, a técnica e uma vez ou outra as meninas do NASF* (E16-F,6). *Carro só tem uma vez por semana, meio período. Se tem alguma urgência que precisamos ir na casa, ou até uma coleta de exame ou visita em outro dia que não seja o que o carro vem, temos que ir a pé ou no meu carro [...] Falta computador por equipe, porque só temos esse aí. Falta estetoscópio, tensiômetro, balança e até maca. Temos que atender aqui nessa sala, eu e a outra enfermeira, junto com a minha técnica e a dela* (E6-F,3).

A participação insuficiente da família nas atividades do Hiperdia também foi citada, pois é percebida como um indicativo de que isto também ocorre no cotidiano do cuidado: *Eu percebo que a família não se envolve e não participa. De que adianta eu orientar um idoso a como aplicar a insulina se quem vai fazer é a filha dele? A família é fundamental para essa adesão e eles não participam, e acaba que o paciente não adere mesmo, por que é ele sozinho fazendo* (E26-M,4).

Mediante os depoimentos, um diagrama de relações foi montado, no intuito de estabelecer as relações de causa e efeito dos pontos levantados, na perspectiva dos enfermeiros. Determinou-se como os aspectos mais relacionados à assistência aqueles que foram mais mencionados, e assim alocados mais próximos do ponto central do diagrama (Assistência ao UD pela equipe da ESF), sendo, em seguida, estabelecidas as relações por meio de setas, indicando sua direção. Observa-se, ainda, que três pontos foram destacados: Sobrecarga do enfermeiro, Pouca adesão dos UD ao

tratamento e Adesão dos UD aos grupos e serviços oferecidos por estarem conectados a vários outros (Figura 8).

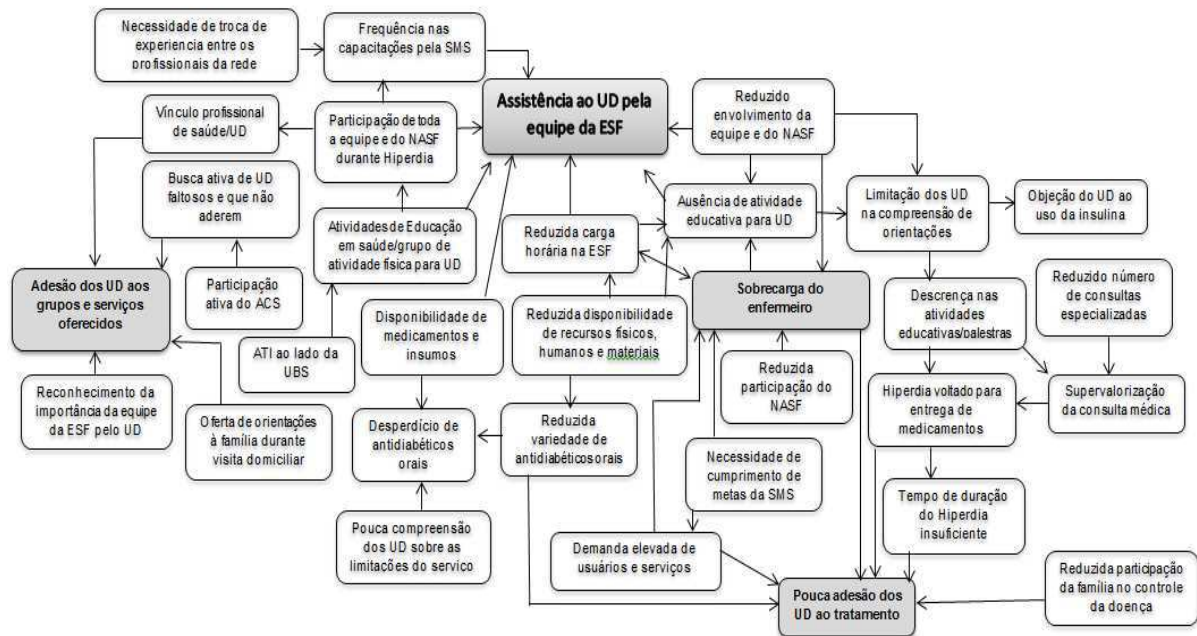


Figura 8. Diagrama de relações da assistência prestada a pessoas com diabetes pela equipe da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de enfermeiros. Maringá, PR, 2014.

DISCUSSÃO

Na perspectiva dos enfermeiros atuantes na ESF, aspectos positivos e negativos influenciam a assistência prestada às pessoas com diabetes na APS de Maringá, Paraná. Entre os aspectos negativos, a participação insuficiente de outros membros da equipe nas atividades do HIPERDIA foi o mais referido. Isto é preocupante, pois, a ESF tem como principais eixos organizativos o trabalho em equipe, somado à adscrição de clientela, o estabelecimento de vínculos, a oferta de assistência de qualidade e a família como foco da atenção, visando às ações abrangentes de promoção da saúde e prevenção de agravos (REIS et al., 2013)⁷. Esse dado é reforçado pelo fato de que a participação dos demais membros da equipe, quando resolutive, no planejamento e desenvolvimento dos grupos de HIPERDIA, é referida como um dos aspectos que favorecem a assistência.

O processo de trabalho da ESF é determinado, entre outras características, pela cooperação no âmbito interdisciplinar, valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva da abordagem integral e resolutive, pelo acompanhamento e pela análise

sistemática das atividades implementadas, de modo a ofertar assistência de qualidade (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).¹⁴ Logo, o trabalho em equipe, de modo engajado e centrado nas necessidades do usuário, é fundamental para viabilizar o processo de trabalho na ESF (SILVA et al., 2012).¹⁵

A não participação de outros profissionais poderá refletir na assistência, pois, conseqüentemente, haverá sobrecarga de atividade para outro profissional, no caso o enfermeiro. Essa sobrecarga pode levar à deficiência na qualidade ou à ausência de atividades de promoção da saúde, o que, por sua vez, pode prejudicar a adesão ao tratamento (SPAGNUOLO et al., 2012).⁵

A responsabilização pelas atividades do HIPERDIA, de forma desigual, é percebida como um problema que interfere no resultado daqueles que entendem ser o trabalho específico do enfermeiro, particularmente pela sobrecarga de trabalho (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013). Essa sobrecarga é decorrente da elevada demanda de usuários, mas, principalmente, pelas múltiplas funções, pois é comum, no município em estudo, que o enfermeiro assuma as atribuições de coordenador da equipe de ESF e de enfermeiro assistencial, especialmente no acolhimento à demanda, além da obrigatoriedade de cumprir metas pactuadas pela SMS.

Deveras, a sobreposição de tarefas, associada à falta de reconhecimento de seu papel por parte do gestor e da população, mostra o quanto a atuação do enfermeiro na ESF ainda está presa ao modelo avaliado pelo mérito da produção em detrimento da qualidade (ARACELI; FONTENELE; JOSENEIDE, 2012).⁶ Além disso, a sobrecarga do enfermeiro também leva à dificuldade de comunicação com os demais membros da equipe, conforme foi referido pelos respondentes, acarretando, por exemplo, falha na supervisão dos ACS e o estabelecimento de uma relação, às vezes conflituosa e de condescendência, quanto ao cumprimento de horário das atividades programadas.

A valorização social diferenciada entre os trabalhadores em saúde direciona as relações de subordinação, podendo levar a falhas no processo de trabalho, inadequação na organização e indefinição de papéis dos profissionais, além da valorização do modelo biomédico (SILVA et al., 2012).¹⁵ Isto é observado quando os enfermeiros apontam a supervalorização das consultas médicas pelos usuários, em detrimento das atividades de promoção da saúde oferecidas. Nesse contexto, as reuniões do HIPERDIA reduzem-se/resumem-se à entrega de medicamentos, à aferição da pressão arterial e da glicemia capilar, o que, por sua vez, desencadeia a descontinuidade e a fragmentação da assistência (MORETTI-PIRES, 2010).¹⁶

Sabe-se que, dentre os objetivos do programa HIPERDIA, a oferta de tratamento farmacológico se configura como um dos mais importantes. Entretanto, os profissionais da equipe da ESF precisam identificar fatores e comportamentos de risco e habilitar as pessoas não apenas para uma boa adesão a esse tipo de tratamento, mas também para o autocuidado por meio de orientações e informações, tendo como finalidade qualificar a convivência com a doença e, assim, minimizar suas complicações,⁴ e as reuniões do HIPERDIA podem favorecer que isso ocorra (KELL; SHIMIZU, 2010).¹⁷

Não obstante, percebe-se, nos depoimentos de E12 e E53, por exemplo, que a distribuição de medicamentos foi considerada fator relevante para a adesão ao HIPERDIA, por estimular a participação nas reuniões e, assim, garantir a continuidade no tratamento. De modo geral, verifica-se sentimento de satisfação por parte dos enfermeiros, por terem o medicamento para oferecer ao usuário, mas também um descontentamento em ter apenas dois tipos de antidiabéticos orais que, muitas vezes, causam reações desconfortáveis, levando o usuário com DM2 ao abandono do tratamento e, também, ao desperdício de medicamentos, pois, para não serem repreendidos pelos profissionais, os usuários retiram a mesma quantidade a cada nova reunião, mesmo tendo medicamentos em casa, conforme foi referido por E42.

A baixa adesão ao tratamento, conforme apontado pelos entrevistados (E21 e E26), não pode ser identificada apenas a partir do cumprimento de determinações dos profissionais de saúde, pois é preciso considerar: as respostas corporais — diminuição dos episódios de hiperglicemia/hipoglicemia e dos níveis de glicemia; variáveis socioeconômicas; relação custo-benefício do tratamento; efeitos e interações medicamentosas; concepções e conhecimentos a respeito da própria doença; participação da família e interação entre profissionais de saúde e pacientes (PONTIERI; BACHION, 2010).¹⁸

No que diz respeito à participação do NASF, a presença de profissionais de apoio foi considerada um aspecto que facilita a adesão dos usuários às reuniões, favorece o vínculo e o desenvolvimento de práticas de educação em saúde durante as reuniões do HIPERDIA. Entretanto, essa mesma participação foi considerada insuficiente por alguns enfermeiros (E11, E21), pois, em alguns casos, os profissionais apenas proferem palestras durante as reuniões sem se preocupar com o tema a ser abordado e nem com o material necessário — TV, DVD, impressos e insumos. Os enfermeiros, portanto, consideram que os profissionais do NASF também deveriam atuar de forma mais direta junto aos usuários, inclusive participando das visitas domiciliares.

Não é incomum que profissionais de apoio assumam o atendimento de grupos específicos, comprometendo a integralidade da atenção. A estratégia de fortalecer os processos de co-participação desses profissionais, voltados à discussão de casos clínicos, atendimentos individuais, intervenções diretas com participação dos profissionais da equipe e visitas domiciliares, pode qualificar a APS e aumentar sua resolutividade sem comprometer o vínculo e a integralidade. (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011)¹⁴

Outro aspecto relevante nos achados refere-se à associação entre a ausência de recursos físicos, humanos, materiais e assistenciais. A ausência de médicos e de ACS foi relatada pelos enfermeiros de algumas equipes, além da inexistência de espaços adequados para consulta de enfermagem, reuniões dos grupos e das equipes, e de materiais básicos, como esfigmomanômetro, tensiômetro, balanças, computadores e até macas. A inexistência ou inadequação dos aspectos essenciais da estrutura, seja no que tange a recursos humanos, físicos ou materiais, pode dificultar o desempenho do processo de assistência e, conseqüentemente, o alcance dos resultados. (SILVA et al., 2011)¹⁰ Destarte, há de se considerar a validade e a influência da disponibilidade de recursos e insumos na qualidade da assistência prestada, pois, as melhores estruturas e disposição de recursos podem ser mal utilizadas, enquanto práticas assistenciais de qualidade e eficazes podem ocorrer, mesmo em condições adversas(MOURA et al., 2010)¹⁹ Durante as entrevistas foram ouvidos relatos de boa adesão às práticas de educação à saúde, de adesão ao tratamento e de estabelecimento de vínculo e satisfação de usuários com o atendimento e com os profissionais, em equipes com recursos reduzidos, além de verbalizações sobre a inexistência de tais aspectos mesmo em equipes completas, bem equipadas e localizadas em UBS amplas. Por mais acesso que se possa ter aos serviços, por mais que se possa planejar e organizar a saúde e por mais modelos de assistência que se implemente, a execução direta do atendimento vai além da técnica, ou seja, a sinergia do corpo a corpo entre profissionais e as pessoas que buscam o serviço é um dos determinantes desse processo. (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013)¹¹

Não obstante, entre os aspectos que favorecem a assistência, uma boa relação interpessoal entre usuários e profissionais foi relatada como estando associada à adesão por parte da pessoa com diabetes aos grupos e serviços oferecidos pela equipe. Desse modo, entende-se que a satisfação do usuário com o serviço e com os profissionais atuantes, facilitada pela boa comunicação e o vínculo entre eles, possibilita o reconhecimento da importância da equipe como instituição de saúde, além de estar relacionada positivamente à adesão ao tratamento e melhor controle da doença (RIBEIRO et al., 2012)²⁰

Outro aspecto relevante foi a oferta de atividades de promoção da saúde e de educação para o autocuidado, especialmente quanto aos grupos de caminhada e alongamento, reforçada pela disponibilidade das ATI ao lado das UBS, e a realização de palestras e discussões em grupo. A promoção da saúde, visando ao autocuidado, favorece o tratamento da pessoa com diabetes. Portanto, reconhecer as atividades de promoção da saúde como complemento da assistência clínica, e seu potencial enquanto facilitadora de mudanças no estilo de vida, constitui aspecto fundamental para implementação de tais práticas, pois a motivação, o entusiasmo e a crença nessas práticas, por parte dos profissionais, pode transpor as barreiras e dificuldades vivenciadas em sua implementação e condução (SANTOS; TORRES, 2012)²¹

A disponibilidade e a frequência com que as capacitações em diabetes são oferecidas pela SMS também foram apontadas como promotoras da qualidade da assistência, pois, a educação permanente, as capacitações e os aperfeiçoamentos, no contexto da ESF, são considerados fundamentais para que haja compreensão da gestão do cuidado em saúde e a apreensão de instrumentos adequados para intervir nas necessidades de saúde dos indivíduos, e, ainda, em um bom desenvolvimento do trabalho para toda a equipe (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).¹⁴

Por sua vez, a importância da participação familiar na adesão ao tratamento pelos usuários com diabetes foi citada pelos enfermeiros, seja exaltando sua presença ou lamentando sua ausência. Contudo, mesmo reconhecendo a importância do apoio familiar para melhor aceitação e adaptação à doença, e queixando-se de sua ausência no cuidado, os profissionais pouco inserem esse recurso em sua prática assistencial. Prova disto é que foram escassos os relatos de inserção familiar nos encontros de HIPERDIA ou de discussão com a família sobre aspectos relacionados à doença durante a visita domiciliar. Sabe-se que a família tem importante papel no processo de tratamento e cuidados adotados pela pessoa com diabetes, à medida que participa de uma parcela considerável de seu cotidiano. Nesse sentido, o apoio da família no processo de cuidado a esses indivíduos configura-se importante recurso no controle da patologia (SANTOS; MARCON, 2014).²²

É importante ressaltar que, para se prestar um atendimento de qualidade ao usuário com diabetes, mesmo considerando-se as limitações existentes no serviço, é preciso que haja relação de respeito entre os profissionais e usuário para o melhor acolhimento e assistência possível. A relação de empenho, respeito, compreensão e escuta faz a diferença entre as práticas de saúde, porque o acolhimento, o suporte de especialistas e o apoio matricial, contribuem para a organização do processo de trabalho das equipes da ESF para atender às

diversas necessidades de saúde da população e ampliar a resolutividade dos serviços (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).¹¹

Ressalta-se que este estudo apresenta algumas limitações, como tratamento dos resultados mediante a construção da Matriz *SWOT* e do diagrama de relações, somente após a finalização da coleta de dados, sem a validação pelos respondentes. Além disso, a participação da categoria enfermeiros é outro fator a ser considerado. Contudo, identificar aspectos positivos e negativos da assistência às pessoas com diabetes, sob o prisma de um dos profissionais mais envolvidos nela, ressalta a relevância do presente estudo. Do mesmo modo, desenvolver mecanismos de avaliação da capacidade e desempenho da ESF, especialmente sob o olhar daqueles que a constroem cotidianamente, faz-se importante tanto para a consolidação das ações implementadas quanto para fomentar o processo de discussão crítico-reflexivo sobre a melhor proposta para organizar a assistência oferecida, tornando-a cada vez mais eficiente e eficaz (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).¹⁴

Na perspectiva do referencial utilizado, sob a ótica dos enfermeiros atuantes nas equipes da ESF, observa-se que as fragilidades e ameaças são predominantes na assistência prestada aos usuários com diabetes quando comparados às fortalezas e oportunidades. Esse fato sinaliza a necessidade de se lançar um novo olhar sobre a forma com que esse serviço está sendo desenvolvido e avaliado, seja pelos profissionais atuantes no serviço ou pelos gestores. As limitações do serviço foram levantadas, contudo, ressalta-se que os aspectos apontados como fragilidades poderiam ser facilmente resolvidos pelo envolvimento efetivo dos profissionais atuantes nas equipes e pela melhor organização do processo de trabalho da equipe.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo apontam diversas potencialidades e limitações na assistência prestada às pessoas com diabetes, na perspectiva dos enfermeiros. Perceberam-se lacunas na organização do processo de trabalho da equipe, especialmente quanto ao envolvimento de todos os profissionais no planejamento e implementação das ações do programa HIPERDIA, além da fragilidade dos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis para tais ações e o pouco envolvimento da família nos cuidados com a doença. De acordo com os enfermeiros, essas lacunas estão diretamente associadas à reduzida adesão dos usuários com diabetes ao tratamento e controle da doença.

Por sua vez, aspectos positivos — o envolvimento e o comprometimento dos profissionais e do NASF nas ações do programa HIPERDIA; a oferta de atividades de promoção da saúde; a

busca ativa aos usuários que não aderem ao tratamento; o vínculo e a satisfação dos usuários para com os profissionais da equipe — também foram citados como aspectos relevantes para a adesão dos usuários com diabetes às atividades e serviços oferecidos pelas equipes. Destarte, a fala dos enfermeiros sinaliza que a qualidade dos serviços prestados a usuários com diabetes, de modo geral, está vinculada à capacidade de gestão, comprometimento profissional, disponibilidade de recursos, planejamento, organização, implementação e avaliação do serviço. Desse modo, para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade é necessário que haja estrutura, recursos e, mais do que isso, o reconhecimento da potencialidade que a ESF tem nessa assistência, desde que garantida a integralidade e a longitudinalidade, facilitando o acesso aos serviços e às tecnologias para saúde, impactando diretamente na qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Moraes SA, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Diabetes *mellitus* prevalence and associated factors in adults in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2006: OBEDIARP Project. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):929-41.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Brasília; 2011.
3. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adherence to Drug Treatment among registered users in the “HIPERDIA” Program in Teresina in the State of Piauí. *Ciênc&SaúdeColetiva*. 2012;17(7):1885-92.
4. Carvalho Filha FSS; Nogueira LT; Viana LMM. Hipertensão: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia de saúde da família. *Rev Rene*. 2011; 12(n. esp.):930-6.
5. Spagnuolo RS, Juliani CMCM, Spiri WC, Bocchi SCM, Martins STF. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. *CiencCuidSaude*. 2012 abr/jun; 11(2):226-34
6. Araceli MM. Fontenele SMAA; Joseneide T. Câmara. Avaliação do programa nacional de atenção à hipertensão e diabetes: satisfação dos usuários de uma unidade básica de saúde em Caxias-MA. *CadPesq* [online]. 2012; 19(1). Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/936/624>
7. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Access to and use of the services of the family health strategy from the perspective of managers, professionals and users. *Cienc & Saude Coletiva*. 2013; 18(11):3321-31.
8. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandu ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011; 21(2):629-46.
9. Souza MG, Mandu ENT, Elias NA. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(3):772-9.
10. Silva ASB, Santos MA, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em uma unidade básica distrital de saúde. *TextoContextoEnferm*. 2011; 20(3):512-8.

11. Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. The perspective of health professional on access to Primary Health Care. *Cienc & Saude Coletiva*. 2013; 18(8):2347-57.
12. Souza LPS, Souza AMV, Pereira KG, Figueiredo T, Bretas TCS, Mendes MAF, et al. Matriz SWOT como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. *Rev Eletrônica Gestão Saúde*. 2013; 4(1):1911-21.
13. Dellaretti Filho O. As sete ferramentas do planejamento da qualidade. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Engenharia. Fundação Christiano Ottoni; 1996.
14. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84-95.
15. Silva LMS, Fernandes MC, Mendes EP, Evangelista NC, Torres RAM. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(esp.2):784-8.
16. Moretti-Pires RO, Campos DA. Equipe multiprofissional em saúde da família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. *Rev Bras educ med*. 2010; 34:379-89.
17. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no programa saúde da família? *Cienc & Saude Coletiva*. 2010; 15:1533-41.
18. Pontieri FM, Bachion MM. Beliefs of diabetic patients about nutritional therapy and its influence on their compliance with treatment. *Cienc & Saude Coletiva*. 2010;15(1):151-60.
19. Moura BLA, Cunha EC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010; 10(1):69-81.
20. Ribeiro KSQS, Farias DAA, Lucena EMF, Paes NA, Moraes RM. Avaliação da adesão e vínculo aos serviços de Saúde de hipertensos acometidos por acidente vascular cerebral em municípios da Paraíba. *Rev Bras Ciênc Saude*. 2012; 16(s2):25-34.
21. Santos L, Torres HC. Práticas educativas em diabetes *mellitus*: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3): 574-80.
22. Santos AL, Marcon SS. Como pessoas com diabetes avaliam a participação familiar em seu processo de cuidado à saúde. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(2):60-9.

6.3 Artigo 3

ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: AVALIAÇÃO DE ENFERMEIROS E USUÁRIOS

RESUMO

Objetivo: Comparar como enfermeiros e usuários com diabetes mellitus tipo 2 avaliam os atributos essenciais da atenção primária à saúde na assistência às pessoas com diabetes mellitus;

Método: Estudo avaliativo realizado com 63 enfermeiros e 408 usuários com diabetes, de novembro de 2013 a julho de 2014. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos semiestruturados. Para cada variável foi calculado o escore médio e, após, submetido à análise de variância.

Resultados: Constatou-se diferença significativa nos indicadores do atributo acesso aos serviços verificados, mas não foi verificada diferença entre médias gerais apontadas ($p=0,338$). Os atributos longitudinalidade ($p<0,001$), coordenação ($p<0,001$) e elenco de serviços ($p<0,001$) apresentaram diferença significativa nas médias gerais e na maioria dos indicadores, sendo que, maiores médias foram verificadas na avaliação dos enfermeiros.

Conclusão: Enfermeiros e usuários avaliam de modo diferente os atributos essenciais da atenção primária na assistência às pessoas com diabetes mellitus, com exceção do atributo acesso aos serviços que, em geral, obteve médias maiores entre enfermeiros.

Descritores: Diabetes mellitus. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Avaliação de Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como componente-chave dos sistemas de saúde e tem como propósito possibilitar o acesso universal aos serviços e a atenção integral e integrada ao longo do tempo (CASTRO et al., 2012)⁽¹⁾, com impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde (FRIEDBERG; PETER; HUSSEY, 2010; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013)^(2,3), inclusive nos extratos mais abastados da população. (BAKEERA et al., 2009)⁽⁴⁾

A qualidade da Atenção Primária é entendida como a presença e a extensão de eixos estruturantes, denominados atributos essenciais da Atenção Primária (STARFIELD, 2002)⁽⁵⁾: acesso de primeiro contato (acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema); longitudinalidade (pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo); integralidade, ou elenco de serviços (implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde), e coordenação (disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços atuais e anteriores).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das propostas do Ministério da Saúde do Brasil para a reorganização da Atenção Primária (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013)⁽³⁾, sendo definida como um nível do sistema que funciona como porta de entrada para atender todas ou a maioria das necessidades e problemas de saúde da população. (HEMMI; PENNA, 2012)⁽⁶⁾ De modo a fortalecê-la ainda mais, o financiamento para expansão dessa estratégia vem crescendo, do mesmo modo que o número de equipes implantadas, impactando na redução de internações e mortalidade por condições crônicas sensíveis à Atenção Primária, conforme tem sido constatado em estudos que mostram evidências sobre a associação entre esse avanço na cobertura da estratégia e redução de tais indicadores. (BATISTA et al., 2012; LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013)⁽⁷⁻⁸⁾

No que diz respeito ao diabetes *mellitus*, para que a ESF seja resolutiva faz-se necessário que atue como porta de entrada para os usuários do serviço, promova o acesso e incorpore, em suas atividades, a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações para a detecção, monitoramento, manejo específico e prevenção de complicações (BATISTA et al., 2012; MALTA; SILVA, 2013)^(7,9) Contudo, mesmo sendo o diabetes *mellitus* uma das primeiras doenças inseridas na lista de condições sensíveis à Atenção Primária (MALTA; SILVA, 2013)⁽⁹⁾, são escassos os estudos que analisam a resolutividade da estratégia no âmbito dessa doença, sendo ainda mais raros aqueles que investigam os atributos essenciais, necessários ao cuidado prestado.

Considerando-se que a análise dos atributos da Atenção Primária pode sinalizar inconsistências em seu desenvolvimento, na forma como os recursos são utilizados e como os serviços estão organizados (GONÇALVES et al., 2013)⁽¹⁰⁾, além do que nem sempre são percebidos da mesma forma por profissionais de saúde e usuários (VAN STRALEN et al., 2008)⁽¹¹⁾, neste estudo tem-se o objetivo de verificar de que modo enfermeiros e usuários avaliam os atributos essenciais da Atenção Primária na assistência às pessoas com diabetes *mellitus*.

MÉTODO

Estudo avaliativo, de corte transversal, realizado com enfermeiros atuantes nas equipes da ESF de Maringá, Paraná, e usuários com diabetes *mellitus* tipo 2, residentes nas áreas de abrangência das equipes. O município conta com 29 Unidades Básicas de Saúde, 66 equipes da Estratégia Saúde da Família e 7.562 pessoas na faixa etária de 15 ou mais anos, com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2.

A população foi constituída por 66 enfermeiros que trabalhavam nas equipes da Estratégia Saúde da Família há pelo menos seis meses, e usuários com diabetes *mellitus* tipo 2, com idade igual ou acima de 18 anos, e que receberam o último atendimento pela equipe há, no máximo, seis meses. A seleção dos usuários cadastrados em 65 equipes, sendo excluída a equipe rural, ocorreu por meio de estratificação conforme subamostras proporcionais ao número de pessoas com diabetes tipo 2 cadastradas em cada equipe, com sorteio aleatório, a partir de listas contendo nome e endereço dos indivíduos.

Para o cálculo do tamanho amostral dos usuários considerou-se um erro de estimativa de 5%, nível de confiança de 95% e prevalência de 50%, visando maior variabilidade do evento estudado, com acréscimo de 20% para possíveis perdas, resultando em uma amostra de 438 indivíduos. Contudo, foram efetivamente estudados 408 usuários. Desse modo, a amostra foi constituída por 63 enfermeiros e 408 usuários com diabetes.

Para a obtenção dos dados foram realizadas entrevistas, de novembro de 2013 a julho de 2014, e foram utilizados dois questionários adaptados pelas pesquisadoras, um direcionado aos enfermeiros e outro aos usuários, baseados nas versões adulto e profissional do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) (BRASIL, 2010)⁽¹²⁾. Os instrumentos contemplaram as dimensões: grau de afiliação, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, e algumas questões semelhantes às do questionário anteriormente citado, contudo, adaptadas de modo a melhor avaliar indicadores presentes na assistência ao usuário com diabetes *mellitus*, sendo as questões semelhantes nos dois questionários, visando à comparação de médias.

As entrevistas com os enfermeiros foram previamente agendadas por contato telefônico, de acordo com a disponibilidade, e reagendadas tantas vezes quanto necessárias. Os usuários foram entrevistados no domicílio, nos períodos matutino e vespertino, em dias úteis e no período matutino aos sábados. Quando o usuário não se encontrava no domicílio retornava-se em outro dia e horário distintos, até duas vezes. Caso não fosse possível realizar a entrevista, passava-se para o próximo da lista, sendo permitida até duas substituições. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, foram realizadas por acadêmicos de enfermagem e enfermeiras previamente treinados. As respostas foram registradas em cópia impressa do instrumento de coleta de dados.

Para a análise dos atributos da Atenção Primária foram utilizados os indicadores: Acesso aos serviços, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade. As respostas obtidas foram registradas em uma escala do tipo Likert, de cinco pontos (zero para resposta "não sei" ou "não se aplica" e os valores de um a cinco indicando o grau de concordância com as afirmações). Para cada indicador e atributo foi

determinado um escore médio, resultante do somatório de todas as respostas, dividido pelo número total de respondentes, e com o respectivo desvio padrão.

Os dados foram lançados no *software* Microsoft Office Excel[®] 2010, com dupla entrada, e analisados no *software* SPSS[®], por meio de frequência, comparação das proporções dos indicadores dos atributos e análise de variância (ANOVA) aplicada às variáveis que satisfizeram as proposições de independência, homocedasticidade (verificada pelo teste de Levene) e normalidade. Para as variáveis que não satisfizeram tais critérios foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. Em todos os testes foi adotado o nível de significância estatística de 5%. O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 448.162/2013).

RESULTADOS

Participaram do estudo 471 indivíduos, sendo 63 enfermeiros e 408 usuários com diabetes tipo 2. Entre os enfermeiros, a maioria foi do sexo feminino (92,1%), com idade média de $37,7 \pm 8,05$ anos, tempo de conclusão da graduação média de $12,9 \pm 6,2$ anos, sendo que 27 (44,3%) possuíam especialização em saúde da família e 40 (63,5%) em outra área. Pouco mais da metade (52,4%) trabalhava há menos de sete anos nas equipes da ESF, com carga horária semanal de 40 horas (61%). Segundo informações dos enfermeiros, 38 (60,3%) equipes possuíam área descoberta e 34 (56,7%) atendiam usuários residentes nessas áreas. Em média, residiam na área de abrangência das equipes 1.208 famílias (mínimo de 823 e máximo de 1.590), 120 pessoas com diabetes cadastradas por equipe (mínimo de 56 e máximo de 198), e cerca de 109 eram acompanhadas pelas equipes (mínimo de 35 e máximo de 172).

Quanto aos usuários, a maioria era do sexo feminino (69,4%), idade média de $66,5 \pm 9,8$ anos (mínima de 31 e máxima de 96), cor branca (77,2%), com companheiro (69,6%), e com Ensino Fundamental completo (59,1%). A renda média era de R\$ 1.688,63. O tempo médio de diagnóstico foi de $11 \pm 8,3$ anos (mínimo de um e máximo de 40), e o de cadastro na equipe foi de $10,1 \pm 7,6$ anos (mínimo de um e máximo de 35).

Considerando-se as respostas de enfermeiros e usuários, o atributo Acesso apresentou valor médio de $3,14 \pm 0,74$, Longitudinalidade de $3,99 \pm 0,63$, Coordenação de $2,92 \pm 1,835$ e Elenco de serviços de $3,73 \pm 0,61$.

Mesmo não sendo constatada diferença entre médias gerais apontadas por usuários e enfermeiros quanto ao atributo acesso observa-se diferença significativa em todos seus

indicadores. Por sua vez, a diferença entre as respostas quanto ao atributo longitudinalidade foi significativa ($p < 0,001$) para os indicadores: atendimento pelo mesmo médico e mesmo enfermeiro; o profissional entende o que o usuário fala ou pergunta; fala de modo que o usuário compreenda; conversa sobre dificuldades que o usuário possa ter para tomar os antidiabéticos, e conversa com ele sobre a consulta especializada, após ela ter ocorrido (Tabela 6).

Tabela 6. Indicadores de acesso e longitudinalidade da assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na ESF, na perspectiva de enfermeiros e usuários, Maringá, Paraná, 2014.

Variáveis	Enfermeiros		Usuários		p-valor
	x	s	x	s	
<i>Acesso aos Serviços</i>	3,23±0,497		3,14±0,766		0,391
Consegue ser atendido no mesmo dia ^a	4,63±0,989		2,42±1,535		<0,001
Espera mais que 24h por uma consulta médica ^b	2,54±1,522		3,04±1,417		0,001
Ao chegar na UBS, espera muito para ser atendido ^b	2,75±1,107		3,40±1,341		<0,001
Espera muito tempo por uma consulta especializada ^b	1,30±0,638		2,38±1,690		<0,001
Facilidade p/ mostrar resultado de exames ao médico ^a	4,90±0,390		4,18±1,243		<0,001
<i>Longitudinalidade</i>	4,36±0,332		3,94 ±0,644		<0,001
Frequência do atendimento ^c	2,92±0,272		2,86±0,655		0,487
Atendido pelo mesmo médico ^a	4,67±0,762		4,18±1,267		0,003
Atendido pelo mesmo enfermeiro ^a	4,79±0,481		4,16±1,246		<0,001
Consegue entender tudo que o UD* fala ou pergunta ^a	4,73±0,485		4,42±1,022		0,020
Fala com UD de modo que ele compreenda ^a	4,16±0,672		4,58±0,904		<0,001
Dá ao UD tempo suficiente para que ele fale ^a	4,56±0,667		4,28±1,197		0,074
UD se sente a vontade para falar tudo o que precisa ^a	4,37±0,630		4,44±1,060		0,573
Sabe os problemas mais importantes para o UD ^a	4,44±0,630		4,43±1,278		0,225
Conhece o histórico clínico completo do UD ^a	4,27±0,745		4,33±1,179		0,691
Conhece todos os medicamentos que o UD usa ^a	4,57±0,734		4,60±0,963		0,795
Conversa sobre dificuldades em tomar o medicamento ^a	4,62±0,682		3,96 ±1,511		<0,001
Discute após consulta especializada ^a	4,25±1,218		2,50±2,771		<0,001

*UD: Usuário com diabetes.

^a Categoria das respostas: 1= nunca; 2= quase nunca; 3= às vezes; 4= quase sempre; 5= sempre.

^b Categoria das respostas: 1= sempre; 2= quase sempre; 3= às vezes; 4= quase nunca; 5= nunca.

^c Categoria das respostas: 1= sem periodicidade; 2= semanal; 3= mensal; 4= bimestral; 5= trimestral.

x= Valor médio; s= Desvio padrão

Quanto aos indicadores coordenação e elenco de serviços foi verificada significativa em ambos os escores quando comparadas as médias gerais obtidas junto a usuários e enfermeiros. Essa diferença também ocorreu nos três indicadores do atributo coordenação e na maior parte dos indicadores que compõem o atributo elenco de serviços (Tabela 7).

Tabela 7. Indicadores de coordenação e elenco de serviços na assistência ao diabetes mellitus na ESF, na perspectiva de enfermeiros e usuários, Maringá, Paraná, 2014.

Variáveis	Enfermeiros		Usuários		p-valor
	x	s	x	s	
<i>Coordenação</i>	4,81±0,405		2,60±1,791		<0,001
Faz registro no prontuário ^a	4,61±1,014		2,58±1,876		<0,001
UBS agenda consulta especializada ^a	4,84±0,627		2,91±2,651		<0,001
Fornece inform. por escrito p/ levar ao serviço especializ ^a	4,98±0,126		3,45±1,830		<0,001
<i>Integralidade - Elenco de Serviços</i>	4,31±0,369		3,64 ±0,591		<0,001
Verifica ^a : peso	4,70±0,754		4,35±1,367		0,048
pressão arterial	4,95±0,215		4,89±0,489		0,336
glicemia capilar	4,60±0,814		4,56±1,057		0,737
circunferência abdominal	3,56±1,267		2,76±1,751		0,001
Examina os pés ^a	3,00±1,122		1,58±1,257		<0,001
Pergunta pela acuidade visual ^a	2,60±1,223		1,28±0,865		<0,001
Solicita exames de sangue relativos ao diabetes ^a	4,00±1,344		3,22±1,816		0,001
Solicita exames de urina relativos ao diabetes ^a	4,94±0,353		4,34±1,485		0,002
Entregam antidiabéticos orais e/ou insulina ^a	4,68±0,858		4,72±0,908		0,740
Oferece orientações sobre ^a :					
doença (manifestações, controle e complicações)	4,49±0,780		3,62±1,478		<0,001
alimentação adequada	4,65±0,744		3,93 ±1,410		<0,001
atividade física frequente	4,65±0,722		3,71±1,438		<0,001
uso correto do antidiabéticos orais e/ou insulina	4,65±0,864		4,25±1,199		0,012

^a Categoria das respostas: 1= nunca; 2= quase nunca; 3= às vezes; 4= quase sempre; 5= sempre.

^b Categoria das respostas: 1= sempre; 2= quase sempre; 3= às vezes; 4= quase nunca; 5= nunca.

^c Categoria das respostas: 1= sem periodicidade; 2= semanal; 3= mensal; 4= bimestral; 5= trimestral.

x= Valor médio; s= Desvio padrão

DISCUSSÃO

As limitações do estudo estão relacionadas ao reduzido número de variáveis utilizadas como indicadores da qualidade da assistência às pessoas com diabetes, prejudicando a verificação de algumas dimensões do cuidado. Contudo, o foco do estudo foi verificar, de modo comparativo, a qualidade da assistência às pessoas com diabetes, na perspectiva de enfermeiros e usuários, privilegiando alguns elementos que compõem cada atributo essencial. Ademais, essa abordagem é escassa na literatura nacional e internacional, pois os demais estudos abordam apenas um dos atores envolvidos (GONÇALVES et al., 2013; VAN STRALEN et al., 2008; GARCIA-SUBIRATS et al., 2014).^(10,11,13)

A análise individual dos atributos mostrou que o “acesso aos serviços” teve média geral semelhante entre usuários e enfermeiros. Contudo, todos os indicadores testados

apresentaram diferença significativa, corroborando achados de outros estudos, os quais mostram que a espera prolongada por um serviço ou assistência, somada à dificuldade de acesso aos profissionais de saúde, desfavorece a continuidade do cuidado (CASTRO et al., 2012; DÍAZ-GRAJALES; ZAPATA-BERMÚDEZ; ARISTIZÁBAL-GRISALES, 2011).^(14,15)

O tempo de espera é um parâmetro frequentemente adotado para medir a barreira de acessibilidade organizacional, sendo demonstrado que o fato de o usuário considerá-lo elevado, compromete sua procura pelo serviço de saúde e a adesão às ações oferecidas (PEREIRA et al., 2011)⁽¹⁶⁾, além de se constituir em forte fator preditor para a insatisfação com os serviços de saúde (KONTOPANTELIS; ROLAND; REEVES, 2010)⁽¹⁷⁾ Não obstante, as médias obtidas revelam que os usuários avaliaram mais positivamente o tempo de espera quando comparados aos enfermeiros, o que também ocorreu em outro estudo, no qual o acesso, embora com os mais baixos índices entre os atributos investigados, obteve avaliação significativamente melhor pelos usuários do que pelos enfermeiros (VAN STRALEN et al., 2008).⁽¹¹⁾

A longitudinalidade apresentou diferenças significativas em alguns dos indicadores analisados, contudo, pode-se considerar que a avaliação desse atributo foi, de modo geral, favorável ao se considerarem médias elevadas referidas por usuários e enfermeiros. No que diz respeito à percepção dos usuários, os resultados confirmam achados de outro estudo, em que a grande maioria dos usuários relatou ser atendida sempre pelo mesmo profissional de saúde, ter tempo suficiente durante as consultas para dirimir dúvidas, ser bem compreendido e, ainda, sempre compreender tudo o que o profissional fala (PEREIRA et al., 2011)⁽¹⁶⁾

A organização do trabalho nas equipes de ESF favorece o vínculo dos trabalhadores com os usuários, tanto por indicar a existência de um profissional de referência ao longo do tempo quanto a possibilidade de este profissional conhecer melhor o usuário que atende (PEREIRA et al., 2011).⁽¹⁶⁾ Entretanto, foi possível constatar que a grande maioria dos usuários entrevistados não soube dizer o número da equipe da Estratégia Saúde da Família em que estava cadastrado e nem o nome do enfermeiro atuante na equipe, indicando fragilidade nesse aspecto.

A presença do atributo longitudinalidade, e por sua vez o vínculo, tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012).⁽¹⁸⁾ Contudo, sua efetivação necessita de comprometimento dos trabalhadores, desenvolvendo práticas que visem ao atendimento das necessidades de saúde

da população, por meio de prática do diálogo, escuta atenta, vínculo e negociação (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).⁽³⁾

O atributo integralidade, também denominado elenco de serviços, inclui aspectos relacionados ao controle da doença, e os resultados encontrados sinalizam tratar-se de um dos principais pontos de estrangulamento na assistência ao diabetes no município em estudo por terem sido encontradas diferenças significativas entre enfermeiros e usuários e também médias baixas em itens diretamente relacionados à prevenção de comorbidades e complicações. Desse modo, as médias encontradas sugerem a necessidade de reorganização da assistência às pessoas com diabetes, maior ênfase na disponibilidade de ações e na forma com que essas ações são apresentadas e oferecidas aos usuários, considerando-se que os indicadores referidos como “sempre” ou “quase sempre”, segundo os enfermeiros, foram, muitas vezes, referidos como “nunca” ou “quase nunca” pelos usuários.

Estudo de abordagem semelhante (VAN STRALEN et al., 2008)⁽¹¹⁾, realizado junto a profissionais da saúde e usuários constatou que todos os atributos, em especial o elenco de serviços, foram mais bem avaliados pelos profissionais entrevistados do que pelos usuários, reforçando a hipótese de que as ações oferecidas, muitas vezes não são reconhecidas como “ações de cuidado” pelos usuários, podendo, também, ser um reflexo da fragilidade no vínculo. Tal fato pode ser resultado de uma estratégia ainda em construção (RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR; ACOSTA-RAMÍREZ; RUIZ-RODRÍGUEZ, 2013)⁽¹⁹⁾ e/ou da necessidade de melhor organização do processo de trabalho da equipe (LEVESQUE et al., 2010).⁽²⁰⁾

O componente elenco de serviços também abrange aspectos da estrutura —ou seja, a variedade de atividades com as quais a equipe consegue lidar, considerando-se que deveria ter capacidade para reconhecer e manejar todos os problemas de saúde comuns em sua população, e do processo — isto é, o desempenho de atividades pelo profissional (CASTRO et al., 2012)⁽¹⁴⁾. Estudo que investigou a qualidade do cuidado à pessoa com diabetes *mellitus* na Atenção Primária, classificando as equipes de ESF de acordo com o controle glicêmico dos usuários nela cadastrados, constatou que a realização de exames nos pés e oferta de orientações sobre hábitos de vida saudáveis e autocuidado foram prevalentes e significativos nos serviços classificados como satisfatórios, indicando que sua disponibilidade favorece o controle da doença (GONÇALVES et al., 2013).⁽¹⁰⁾

Em relação à coordenação de serviços, apesar do reduzido número de indicadores investigados, chama a atenção não apenas a diferença significativa das médias obtidas, segundo os enfermeiros e usuários, mas também aos valores das médias referidas por enfermeiros serem consideravelmente maiores que as dos usuários. Ademais, salienta-se que

menos da metade (49,7%) dos usuários já foi encaminhada ao especialista em algum momento, o que é semelhante ao encontrado em outro estudo, no qual o reduzido número de consultas especializadas foi relacionado à maior resolutividade desses serviços diante das demandas dos usuários (SALA et al., 2011).⁽²¹⁾

Há de se considerar que a ESF é a porta de entrada para o acesso a consultas com especialistas, e o processo de referência e contra-referências é fundamental para o controle e a manutenção do cuidado (GARCIA-SUBIRATS et al., 2014)⁽¹³⁾. Os quatro atributos em estudo são fundamentais para que a APS assuma a coordenação das redes de atenção a saúde, contudo, o atributo coordenação tem maior importância, pois sem ele o acesso tornar-se-ia puramente administrativo, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).⁽³⁾

De modo geral, pode-se inferir que a assistência prestada às pessoas com diabetes *mellitus* na Atenção Primária, segundo a avaliação de enfermeiros e usuários, é intermediária e necessita ser revista em alguns aspectos, pois, em muitos indicadores avaliados, observou-se diferença significativa entre as duas categorias de entrevistados. Esse fato sinaliza que a oferta/recepção das ações em saúde não está ocorrendo da mesma forma. Ainda que os resultados não possam ser generalizados, porque dizem respeito apenas à cidade de Maringá, são de grande importância por indicar a necessidade de se repensar à forma como esta assistência está sendo oferecida pelos profissionais e recebida pelos usuários.

CONCLUSÃO

Enfermeiros e usuários avaliam de modo diferente os atributos essenciais da Atenção Primária na assistência às pessoas com diabetes *mellitus*, com exceção do atributo acesso aos serviços que, em geral, obteve médias maiores entre os enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of different types of services. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(9):1772-84.
2. Friedberg MW, Peter S, Hussey, Eric C, Schneider. Primary Care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Affairs*. 2010; 29(5):766-72.
3. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):158-64.

4. Bakeera SK, Wamala SP, Galea S, State A, Peterson S, Pariyo GW. Community perceptions and factors influencing utilization of health services in Uganda. *Int J Equity Health* ;2009;8:25.
5. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
6. Hemmi APA, Penna CMM. A construção social da estratégia saúde da família na perspectiva de usuários. *Cienc Cuid Saúde*. 2012; 11(2):235-42.
7. Batista SRR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizations due to primary care sensitive cardiovascular conditions in municipalities of Central-West Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):34-42.
8. Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. A comparison of the Family Health Strategy to other sources of healthcare: utilization and quality of health services in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(7):1370-80.
9. Malta DC, Silva Jr, JB. Brazilian Strategic Action Plan to Combat Chronic Non-communicable Diseases and the global targets set to confront these diseases by 2025: a review. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013 jan/mar; 22(1):151-164. Ministério da Saúde. Disponível em: http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 12 ago 2014.
10. Gonçalves MR, Harzheim E, Zils AA, Duncan BB. Primary health care quality and diabetes care. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013 Out-Dez; 8(29):235-43.
11. Van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TB, Lima AM, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Pública* 2008;24 (Suppl 1):S148-58.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primarycareassessment tool pcatool*– Brasil. Brasília; 2010.
13. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Borre C, Vázquez ML. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health* 2014; 13:10.
14. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of diferente types of services. *Cad Saúde Pública*. 2012, 28(9):1772-84.
15. Díaz-Grajales C, Zapata-Bermúdez Y, Aristizábal- Grisales JC. Access to preventive services in contributive and subsidized regimes of health in a (slums) stratum two neighborhood of the city of Cali. *Rev. Gerenc Polit Salud*. 2011;10(21):153-75.
16. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, Fermino TZ, Santos CB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 mar;32(1):48-55.
17. Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC: Fam Pract*. 2010; 11:61.
18. Mielczarski RG, Costa JSD, Olinto MTA. .Epidemiology and organization of health services: diabetes *mellitus* in a community of the city of Porto Alegre. *Ciën Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):71-8.
19. Rodríguez-Villamizar LA, Acosta-Ramírez N, Ruiz-Rodríguez M. Evaluation of the performance of Primary Health Care Services: experience in rural municipalities in Santander, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2013; 15(2):183-95.
20. Levesque JF, Pineault R, Provost S, Tousignant P, Couture A, Da Silva RB, et al. Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in

two regions of Quebec province: Montreal and Monteregie. BMC: Family Practice 2010;11:95.

21. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integrality and Primary Health Care: assessment in the perspective of health services users in the city of São Paulo. Saúde Soc. 2011; 20 (4):948-60.

6.4 Artigo 4

RELAÇÃO ENTRE ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES TIPO 2 E PARÂMETROS DE CONTROLE DA DOENÇA

Resumo

Objetivo: Verificar a associação entre a assistência prestada às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 pelas equipes da Estratégia Saúde da Família com os parâmetros de controle da doença. **Método:** Estudo avaliativo, realizado com 408 pessoas com diabetes tipo 2 cadastradas em 65 equipes da Estratégia Saúde da Família de Maringá, Paraná. Os dados foram coletados por meio de entrevista domiciliar utilizando instrumento estruturado, e analisados segundo regressão múltipla. **Resultados:** Verificou-se associação entre adesão ao tratamento medicamentoso e participação em atividades de educação em saúde (OR= 2,83) e atendimento pelo mesmo enfermeiro (OR=2,28). Indivíduos que verificavam a glicemia capilar trimestralmente e que eram orientados sobre a prática de atividade física (OR= 0,45 e 1,93, respectivamente), mostraram-se mais aderentes à alimentação adequada. Aqueles satisfeitos com a assistência recebida (OR= 2,99), que esperavam muito para serem atendido (OR= 2,51), questionados sobre o estado de saúde (OR= 1,94), que eram atendidos pelo mesmo enfermeiro (OR= 1,72), que participavam das atividades de educação em saúde (OR= 0,57) e que eram atendidos no mesmo dia que procuram a UBS (OR= 0,49), referiram maior frequência à prática de atividade física regular. Não receber orientações sobre alimentação adequada (OR= 1,60), ter a pressão arterial verificada durante as consultas (OR= 2,85) e satisfação com a assistência recebida (OR= 0,46), foram associadas com a ausência de complicações microvasculares. A ausência de hospitalização decorrente do diabetes apresentou associação com a periodicidade de verificação da glicemia capilar (OR= 5,15), ausência de exames nos pés (OR= 2,97), agendamento de consulta no mesmo dia (OR= 2,53) e a entrega de antidiabéticos orais e/ou insulina (OR= 2,90). **Conclusão:** A assistência às pessoas com diabetes pelas equipes da Estratégia Saúde da Família manteve relação com os parâmetros de controle da doença, tendo em vista a adesão ao tratamento medicamentoso, as reduzidas taxas de complicações microvasculares autoreferidas, de adesão ao tratamento não medicamentoso e elevada prevalência de hospitalização decorrente da doença.

INTRODUÇÃO

Para se obter os melhores resultados possíveis, considerando-se os objetivos dos programas de saúde e os recursos disponíveis no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) recomenda que se conheça a realidade com a qual se trabalha e se planejem as ações de saúde de acordo com os problemas identificados (BRASIL, 2011)⁽¹⁾. Dentre as atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF destacam-se aquelas inerentes ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, que tem como objetivo o cadastramento dos indivíduos com diabetes no sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos (SIS-HIPERDIA), o monitoramento constante e a garantia da oferta de

medicamentos e tratamento adequado a esses dois grupos específicos (DAVID; TORRES; REIS, 2012)⁽²⁾.

A importância da ESF nos cuidados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como é o caso do diabetes, é reforçada quando se observa correlação inversa entre as taxas de cobertura e de hospitalização e óbito por esse tipo de doença (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012)⁽³⁾. Destarte, o controle do diabetes — e a prevenção de suas complicações — está diretamente relacionado à qualidade da assistência prestada, em especial pela capacidade integralizadora das ações de saúde (FARIA et al., 2013)⁽⁴⁾.

O diabetes é uma das condições crônicas mais sensíveis na Atenção Primária à saúde (APS) (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011)⁽⁵⁾, pois cerca de 60 a 80% dos casos são passíveis de tratamento nesse nível da assistência, com ações desenvolvidas pelas equipes da ESF (MACINKO et al., 2011)⁽⁶⁾. Entretanto, estudos vêm demonstrando reduzida adesão de pessoas com diabetes ao tratamento medicamentoso (GIROTTO et al., 2013; CARVALHO et al., 2012)^(7,8) e não medicamentoso (FARIA et al., 2013; ALVES; CALIXTO, 2012)^(4,9). Além disso, não consomem uma alimentação adequada e nem realizam atividades físicas de modo frequente.

Sabendo-se que a não adesão ao tratamento impacta sobremaneira o controle do diabetes e o aparecimento de comorbidades, complicações (QUEIROZ et al., 2011)⁽¹⁰⁾, e as crescentes taxas de hospitalização e mortalidade decorrentes dessa doença (MATTOS et al., 2012)⁽¹¹⁾, torna-se indispensável avaliar a qualidade da assistência prestada pelas equipes da ESF às pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2).

A qualidade da assistência pode ser verificada mediante a relação entre os serviços oferecidos e os melhores resultados obtidos decorrentes dele que, no caso do diabetes, diz respeito aos parâmetros de controle da doença (VIACAVA et al., 2012)⁽¹²⁾, representados pela adesão adequada ao tratamento e à prevenção de complicações. Desse modo, a qualidade nos serviços de saúde é um desafio para os gestores e para todos os profissionais, responsáveis pela implementação, desenvolvimento e avaliação de ações em saúde que, se bem geridas, podem originar produtos aptos a satisfazerem as necessidades dos seus usuários (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013)⁽¹³⁾.

O conhecimento do impacto da ESF frente ao DM2 é de grande utilidade para o planejamento em saúde, principalmente ao se considerar que há poucos estudos nessa área no País. Ademais, o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (MALTA; SILVA, 2013)⁽¹⁴⁾ tem como uma de suas principais diretrizes a realização de monitoramento das ações em saúde, e a institucionalização da

avaliação no âmbito da APS, o que justifica a realização de pesquisas de avaliação da qualidade da assistência, como forma de verificar hiatos no desenvolvimento e efetividade de programas de saúde.

Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi verificar a associação entre assistência prestada às pessoas com diabetes *mellitus* tipo2 pelas equipes da Estratégia Saúde da Família com os parâmetros de controle da doença.

METODO

Estudo avaliativo, transversal, do tipo inquérito domiciliar, realizado nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família de Maringá, município situado no Noroeste do estado do Paraná que, na ocasião da coleta de dados, contava com 29 Unidades Básicas de Saúde, 66 equipes da ESF e 7.562 mil pessoas com diabetes, com 15 ou mais anos de idade, cadastradas no SIS–HIPERDIA. Participaram do estudo pessoas com diabetes tipo 2, assistidas pelas equipes da ESF do referido município, com 18 anos ou mais e que foram atendidos nas respectivas equipes, pela última vez, no máximo há seis meses.

Para definição da população de estudo foi identificado o número de indivíduos com diabetes cadastrados no HIPERDIA e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A partir do cruzamento dessas duas fontes de informações, e considerando-se um erro de estimativa de 5%, nível de confiança de 95% e prevalência de 50%, para obter maior variabilidade do evento estudado, acrescida de 15% para possíveis perdas ou exclusões, determinou-se uma amostra de 455 indivíduos. Em seguida, foi realizada a estratificação conforme subamostras proporcionais ao número de pessoas com diabetes tipo 2, cadastradas em cada equipe da ESF do município em estudo. Para tanto, foram solicitadas listas com nomes e endereços de pessoas com diabetes aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que foram agrupadas em uma lista única para cada equipe, em um total de 65 das 66 equipes da ESF. Nesse processo, foram excluídos os usuários referentes à equipe rural, procedendo-se, a seguir, o sorteio aleatório dos participantes. A amostra foi constituída por 408 pessoas com diabetes tipo 2, cadastradas em 65 equipes da Estratégia Saúde da Família de Maringá, Paraná.

As variáveis relacionadas aos parâmetros de controle da doença foram:

Adesão ao tratamento medicamentoso: foi considerada quando os indivíduos com prescrição médica referiram fazer uso do antidiabético oral diariamente. O uso da insulina

não foi incluído na análise desse desfecho devido ao o número reduzido de pessoas com DM2 em uso de tal medicamento.

Adesão ao tratamento não medicamentoso: prática de atividades físicas regular e padrão alimentar adequado. A prática de atividade física regular foi considerada quando foi relatada a realização de exercícios dinâmicos (caminhada, ciclismo, ginástica, entre outras), com frequência mínima de três vezes na semana e duração mínima de 30 minutos cada sessão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)⁽¹⁵⁾. O padrão alimentar foi considerado adequado quando o indivíduo referiu não ingerir ou quase nunca ingerir doces, açúcares, carboidratos diversos e alimentos ricos em gorduras; ingerir sempre ou quase sempre cinco ou mais porções de frutas, verduras e legumes; fazer uso exclusivo sempre ou quase sempre de adoçante, e realizar cinco ou mais refeições diárias. O padrão inadequado foi considerado quando o indivíduo referiu três ou menos destes itens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011)⁽¹⁶⁾.

Complicações microvasculares autorreferidas: relacionadas à doença, considerou-se presença ou não de alterações renais, oftalmológicas, sensibilidade de membros, demora na cicatrização de ferimentos e amputações.

Hospitalização por diabetes: foi investigada mediante a pergunta “Você já foi hospitalizado alguma vez por causa do diabetes?” e em caso de respostas afirmativas perguntava-se o número de vezes.

Os dados foram obtidos por meio de instrumento estruturado elaborado pelos pesquisadores, contendo questões divididas em cinco dimensões: 1. Caracterização dos indivíduos e dados clínicos; 2. Adesão ao tratamento e manutenção da doença; 3. Complicações associadas ao diabetes; 4. Caracterização da assistência recebida pelo usuário; 5. Avaliação do atendimento pelo usuário. As respostas foram registradas numa escala do tipo Likert de cinco pontos (zero para resposta “não sei” ou “não se aplica” e de um a cinco indicando o grau de concordância com as afirmações). Para fins de análise, as questões pontuadas com valores 3, 4 e 5 foram agrupadas em sim (0) e as demais em não (1).

As variáveis preditoras testadas neste estudo foram: a) Tempo de diagnóstico (agrupado em < 5, 5-10, 11-20 e > 20 anos), b) periodicidade de verificação da glicemia capilar (diária, mensal, trimestral e sem periodicidade); c) Indicadores da assistência prestada pela equipe da ESF durante atendimento: verificação de peso, da pressão arterial, da glicemia capilar, da circunferência abdominal e da ausculta cardíaca, exame dos pés, entrega de antidiabético oral e/ou insulina, solicitação de exame de sangue, de urina e de consultas especializadas, oferta de orientações e atividades de educação em saúde, de modo geral e

específica, abordando a doença, complicações relacionadas a ela, importância da prática de atividade física, alimentação adequada e uso correto do antidiabético oral e/ou insulina, participação nessas atividades, e anamnese clínica (perguntas sobre o estado de saúde, hábitos alimentares e prática de atividade física); d) Indicadores de acesso organizacional: tempo de cadastramento na equipe da ESF (< 5, 5-10, 11-20 e > 20 anos), atendimento pelo mesmo médico e pelo mesmo enfermeiro, agendamento dos exames e de consultas especializadas realizados pela UBS, facilidade para mostrar resultados de exames ao médico, disponibilidade de atendimento no mesmo dia em que vai à UBS, agendamento de consulta médica no mesmo dia em que procura a UBS, necessidade de esperar para ser atendido quando chega à UBS e de esperar pelas consultas especializadas; e) Indicadores de satisfação com a assistência recebida, classificada em satisfeito e insatisfeito.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos indivíduos durante os dias úteis nos períodos matutino e vespertino, e aos sábados, no período matutino, entre os meses de dezembro de 2013 e julho de 2014. Quando o indivíduo não se encontrava no domicílio retorna-se em outro dia e horário distintos, sendo permitidas duas tentativas. Caso não fosse possível realizar a entrevista passava-se para o próximo da lista, sendo permitido realizar, no máximo, duas substituições.

Todos os formulários de coleta foram codificados, duplamente digitados e comparados para a correção dos erros de digitação no *software Microsoft Office Excel*[®] 2010. Após organização do banco inicial, os dados foram transferidos para o programa SPSS[®] versão 20, para análises descritivas e inferenciais. O teste Qui-quadrado foi usado nas análises bivariadas, sendo testadas e inseridas, no modelo de regressão logística múltipla, todas as que apresentaram valor de $p < 0,20$, conforme o método *stepwise*. Utilizou-se, como medida de associação, o *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95% e nível de significância estabelecido quando $p < 0,05$ para os testes realizados e nível de ajuste do modelo verificado por meio do teste do Hosmer e Lemeshow.

No desenvolvimento do estudo foram atendidas as recomendações éticas nacionais e internacionais para pesquisas com seres humanos e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 448.162/2013).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 408 pessoas com média de idade de 66,5 anos \pm 9,8 (mínima de 31 e máxima de 96 anos). A maioria da amostra era composta por pessoas do sexo feminino (69,4%), da cor branca (77,2%), com companheiro (69,6%) e que cursou ensino fundamental completo (59,1%). A renda média encontrada foi de R\$ 1.688,63 mensais \pm 1.142,00. O tempo médio de diagnóstico foi de 11 anos \pm 8,3 (mínimo de um e máximo de 40 anos), e o de cadastro na mesma equipe da ESF foi de 10,1 anos \pm 7,8 (mínimo de um e máximo de 38 anos). A assistência foi avaliada como satisfatória por 81,9% dos participantes.

Para a adesão ao tratamento medicamentoso foram considerados 373 usuários, pois 35 (8,5%) não tinham recebido prescrição médica de antidiabéticos orais. Destes, 343 (84,1%) foram considerados aderentes. Quanto ao tratamento não medicamentoso, a prática de atividade física regular foi relatada por 120 indivíduos (29,4%), e a adesão à alimentação adequada, por 98 (24,0%).

As complicações microvasculares foram referidas por 114 indivíduos (27,9%), sendo mais prevalentes as alterações oftalmológicas (58,2%), seguidas por alterações na sensibilidade de membros (49,3%), dificuldade na cicatrização (26,7%), alterações renais (11,8%) e amputações (5,4%). A hospitalização decorrente do diabetes foi referida por 112 entrevistados (27,5%), sendo que 41 (36,5%) já foram hospitalizados por essa causa mais de uma vez.

Na análise bivariada, mostraram-se mais aderentes ao tratamento medicamentoso os usuários com DM2 que não participavam de atividades de educação em saúde (94,5%; $p=0,014$). Quanto ao tratamento não medicamentoso, constatou-se que os que participavam das atividades de educação em saúde (40,5%; $p=0,005$), que estavam satisfeitos com a assistência oferecida pela equipe de ESF (32,0%; $p=0,013$) e que eram atendidos no mesmo dia em que iam à UBS (35,8%; $p=0,045$) foram mais aderentes à realização de atividade física regular. A adesão à alimentação adequada foi mais frequente entre indivíduos que verificavam a glicemia capilar diariamente (33,3%; $p=0,008$), naqueles que, durante o atendimento, eram questionados sobre a prática de atividade física (28,2%; $p=0,009$), tinham a circunferência abdominal verificada (29,0%; $p=0,025$) e que participavam das atividades de educação em saúde (28,5%; $p=0,032$).

A ausência de complicações microvasculares autorreferidas, decorrentes do diabetes, foi mais frequente entre os que avaliaram satisfatório o atendimento recebido (83,8%; $p=0,013$), os que relataram que durante as reuniões do HIPERDIA não receberam orientações sobre alimentação adequada (77,1%; $p=0,031$), nem sobre a doença (76,2%; $p=0,034$), que tiveram a pressão arterial verificada (73,0%; $p=0,047$) e que não foram questionados quanto à

prática de atividade física (77,9%; $p= 0,048$). Por sua vez, a ausência de hospitalizações decorrentes do diabetes apresentou associação com a verificação da glicemia capilar trimestralmente (84,2%; $p<0,001$), não ter os pés examinados durante as consultas (76,1%; $p= 0,001$) e tempo de diagnóstico menor que cinco anos (84,4%; $p= 0,002$). (ver. Não foram hospitalizados porque não foram examinados nos pés?)

A Tabela 8 apresenta as variáveis que se mantiveram associadas à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, considerando-se as variáveis de ajuste e possíveis fatores de confusão. Mostraram-se mais aderentes ao tratamento medicamentoso os usuários que relataram não participar de atividades de educação em saúde (OR= 2,83) e serem atendidos pelo mesmo enfermeiro (OR= 2,28). Entretanto, esse modelo não foi independente da facilidade para mostrar o resultado de exames ao médico e verificação da circunferência abdominal.

Quanto ao tratamento não medicamentoso, indivíduos que verificavam a glicemia capilar trimestralmente e que eram questionados sobre a prática de atividade física durante os atendimentos (OR= 0,45 e 1,93, respectivamente), eram mais aderentes à alimentação adequada, sendo que a primeira demonstrou associação inversa com a adesão. Por sua vez, a adesão à atividade física regular apresentou associação com estar satisfeito com a assistência recebida (OR= 2,99), esperar para ser atendido (OR= 2,51), ser questionado sobre o estado de saúde (OR= 1,94), ser atendido pelo mesmo enfermeiro da equipe de ESF (OR= 1,72), participar das atividades de educação em saúde (OR= 0,57) e ser atendido no mesmo dia em que procurou a UBS (OR= 0,49), sendo que as duas últimas demonstraram associação inversa. Esse modelo não foi independente do recebimento de orientações sobre a necessidade de praticar atividades físicas frequentemente (Tabela 8).

Tabela 8. Análise bivariada e modelo de regressão logística múltipla dos fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 assistidas na Estratégia Saúde da Família, Maringá, PR, 2014

Variáveis Independentes*	Adesão ao tratamento		
	Bivariada	Múltipla	
	<i>p</i>	OR (IC95%)	<i>p</i> **
<i>Medicamentoso – Antidiabético oral***</i>			
Não participa de ativ. de educação em saúde	0,014	2,83 (1,26;6,38)	0,012
UBS agenda consultas especializadas	0,065	-	-
Facilidade para mostrar exame ao médico	0,077	-	0,074

Atendido pelo mesmo enfermeiro	0,083	2,28 (1,00; 5,20)	0,048
Exames não são agendados na UBS	0,098	-	-
Realizada verificação de circunferência abdominal	0,106	-	0,165
Não são oferecidas ativid. de educação em saúde	0,121	-	-

*Não medicamentoso – Alimentação adequada****

Verificação da glicemia trimestralmente	0,008	0,45 (0,79; 2,49)	0,011
Perguntam se está praticando atividade física	0,009	1,93 (1,93; 3,24)	0,012
Verificam circunferência abdominal	0,025	-	-
São oferecidas atividades de educação em saúde	0,032	-	-
UBS faz agendamento de consultas especializadas	0,065	-	-
Recebe orientações sobre a doença	0,080	-	-
Espera muito por consultas especializadas	0,084	-	-
Recebe orientações sobre as complicações	0,092	-	-
Perguntam sobre sua saúde	0,098	-	-
Facilidade para mostrar resultados de exames	0,105	-	-
Tempo de diagnóstico de 10 a 20 anos	0,138	-	-
Verificam o peso	0,170	-	-
Não espera muito para ser atendido na UBS	0,197	-	-

*Não medicamentoso- Atividade física******

Participa de atividades de educação em saúde	0,005	0,57 (0,34; 0,95)	0,031
Está satisfeito com a assistência	0,013	2,99 (1,40; 6,35)	0,004
Atendimento sempre no mesmo dia que vai à UBS	0,045	0,49 (0,27; 0,88)	0,017
Não é realizado exames dos pés	0,052	-	-
Perguntam sobre sua saúde	0,057	1,94 (1,17; 3,21)	0,011
Espera muito para ser atendido na UBS	0,110	2,51 (1,06; 5,92)	0,048
Não realizam ausculta cardíaca	0,116	-	-
Perguntam se está praticando atividade física	0,124	-	-
É atendido pelo mesmo enfermeiro	0,133	1,72 (1,00; 2,96)	0,048
Recebe orientações sobre atividade física	0,147	-	0,206
Oferecem atividades de educação em saúde	0,177	-	-

* Variáveis com significância < 20% na análise bivariada. ** Teste do Wald.

*** Ajustado pelas variáveis: não ter facilidade para mostrar exames ao médico e realização de verificação da circunferência abdominal durante reuniões de Hiperdia. Qualidade do ajuste (Teste de Hosmer e Lemeshow): $p=0,906$.

**** Qualidade do ajuste: $p=0,931$

***** Ajustado pela variável: recebe orientações sobre a necessidade de praticar atividades físicas frequentemente. Qualidade do ajuste: $p=0,446$.

Constatou-se que os indivíduos que referiram não receber orientações sobre alimentação adequada (OR= 1,60), ter a pressão arterial verificada durante as consultas e reuniões de HIPERDIA (OR= 2,85) e que estavam satisfeitos com a assistência recebida (OR= 0,46), manifestaram, com maior frequência, a ausência de complicações microvasculares, sendo observada associação inversa neste último. Esse modelo não foi

independente de ser atendido pelo mesmo enfermeiro. A ausência de hospitalização decorrente do diabetes apresentou associação significativa com a periodicidade de verificação da glicemia capilar, sendo maior a razão de chance naqueles que a faziam mensalmente (OR= 5,15); a não realização de exames nos pés (OR= 2,97), conseguir agendar consulta no mesmo dia em que procurava a UBS (OR= 2,53) e a entrega de antidiabéticos orais e/ou insulina (OR= 2,90), ajustados pela solicitação de exames de sangue e pelo tempo de diagnóstico menor que cinco anos (Tabela 9).

Tabela 9. Análise bivariada e regressão logística múltipla dos fatores associados à ausência de complicações do diabetes e de hospitalizações decorrentes da doença, em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 assistidas na Estratégia Saúde da Família, Maringá, PR, 2014.

Variáveis Independentes*	Ausência de Complicações e Hospitalizações		
	Bivariada	Múltipla	
	p	OR (IC95%)	p**
<i>Ausência de complicações***</i>			
Está satisfeito com a assistência	0,013	0,46 (0,24; 0,91)	0,025
Não recebe orientações sobre alimentação adeq.	0,031	1,60 (1,02; 2,52)	0,040
Não recebe orientações sobre a doença	0,034	-	-
Verificam a pressão arterial	0,047	2,85 (1,01; 8,05)	0,047
Não perguntam se está praticando atividade física	0,048	-	-
Não participa de atividades de educação em saúde	0,052	-	-
É atendido pelo mesmo enfermeiro	0,070	-	0,080
Espera muito para ser atendido na UBS	0,085	-	-
Não recebe orientações sobre as complicações	0,093	-	-
Não realizam ausculta cardíaca	0,098	-	-
Não realizam exame dos pés	0,106	-	-
Verificam o peso	0,107	-	-
Não perguntam sobre os hábitos alimentares	0,111	-	-
<i>Ausência de Hospitalização****</i>			
Periodicidade de verificação da glicemia capilar	<0,001	-	-
Mensal	-	5,15 (1,85; 14,22)	0,002
Trimestral	-	4,10 (2,08; 8,06)	< 0,001
sem periodicidade	-	2,99 (1,64; 5,44)	< 0,001
Não realizam exames dos pés	0,001	2,97 (1,56; 4,84)	< 0,001
Tempo de diagnóstico < 5 anos	0,002	-	0,055
Perguntam sobre o estado de sua saúde	0,057	-	-
Consegue agendar consulta no mesmo dia	0,081	2,53 (1,14; 5,63)	0,022
O médico solicita exames de sangue	0,086	-	0,063
É atendido pelo mesmo enfermeiro	0,091	-	-
Entregam antidiabéticos orais/insulina	0,098	2,90 (1,15; 7,33)	0,024
Espera por consulta médica > 10 dias	0,104	-	-
Verificam a pressão arterial	0,136	-	-

É atendido no mesmo dia	0,139	-	-
-------------------------	-------	---	---

* Variáveis com significância < 20% na análise bivariada. ** Teste do Wald.

*** Ajustado pela variável: Ser atendido pelo mesmo enfermeiro. Qualidade do ajuste (Teste de Hosmer e Lemeshow): $p=0,933$.

**** Ajustado pelas variáveis: Tempo de diagnóstico de diabetes e Realizada a solicitação de exame de sangue nos últimos seis meses. Qualidade do ajuste: $p=0,931$

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstraram níveis variados de adesão ao tratamento conforme as modalidades avaliadas (medicamentoso e não medicamentoso). A adesão ao tratamento farmacológico foi de 84,1%, mostrando-se superior ao encontrado em estudos nacionais (CARVALHO et al., 2012; ARAÚJO et al., 2010)^(8,17) e internacional (TIV et al., 2012)⁽¹⁸⁾, os quais constataram elevada correlação entre baixa adesão e complexidade da farmacoterapia, número de medicamentos consumidos e número de doenças relatadas. Contudo, foi semelhante aos estudos nacionais que utilizaram métodos similares ao do presente estudo (FARIA et al., 2013; GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2010)^(4,19). Há de se considerar a variabilidade nos níveis de adesão ao tratamento farmacológico nos diferentes estudos, atribuída à falta de homogeneidade das metodologias utilizadas, que incluem distintas populações, tempos de seguimento, número de participantes e formas de obter ou sistematizar a informação sobre a adesão (GIROTTTO et al., 2013)⁽⁷⁾.

No que tange às medidas não farmacológicas, os baixos níveis de adesão à atividade física (29,4%) tornam-se mais preocupantes quando observada a constância e semelhança desse dado em outros estudos nacionais (GIROTTTO et al., 2013; OBRELI-NETO et al., 2010)^(7,20). Segundo a Política Nacional de Promoção à Saúde, a oferta de práticas de atividade física deve integrar as atividades realizadas pelas equipes da ESF, visando ao estímulo da população e de grupos mais vulneráveis às práticas de atividade física. A adesão à alimentação adequada foi menos frequente no presente estudo (24%), de forma similar ao observado na região Sudoeste do país (FARIA et al., 2013)⁽⁴⁾. Contudo, outros estudos verificaram que a adesão à alimentação adequada é uma das práticas prevalentes dentre as abordagens indicadas para o tratamento do diabetes (GIROTTTO et al., 2013; SELIGMAN et al., 2012)^(7,21).

As menores taxas na adesão ao tratamento não medicamentoso podem ser atribuídas às percepções e crenças das pessoas com diabetes sobre o tratamento, mais especificamente à valorização da medicação como modalidade com maior impacto no controle da doença, quando comparada à dieta e ao exercício físico (BRADBENT; DONKIN; STROH, 2011)⁽²²⁾.

A prevalência de complicações microvasculares auto-referidos pode ser considerada baixa quando comparada às identificadas em estudos desenvolvidos com população semelhante (QUEIROZ et al., 2011; RODRIGUES et al., 2011)^(10,23). Essas complicações são algumas das principais causas de morbimortalidade nos países desenvolvidos e constituem preocupação crescente para as autoridades de saúde (RODRIGUES et al., 2011)⁽²³⁾, relacionada à evolução não controlada do diabetes *mellitus* tipo 2, de modo a aumentar o risco para complicações microvasculares.

No que diz respeito à elevada taxa de hospitalizações decorrentes da doença, acredita-se que esta pode também estar relacionada à elevada média de tempo de diagnóstico, a qual também encontrada em estudo de coorte retrospectiva, realizado na Austrália, que comparou as repercussões do tempo de diagnóstico do diabetes e suas principais manifestações, constatando maiores taxas de hospitalização (CONSTANTINO, 2013)⁽²⁴⁾. Ademais, a taxa de hospitalização decorrente da doença foi praticamente o dobro da constatada em estudo desenvolvido no Sul do país (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012)⁽²⁵⁾.

Constatou-se associação significativa entre os desfechos testados e vários indicadores de acesso organizacional. Isso indica que a efetividade da assistência prestada às pessoas com diabetes não está relacionada apenas às ações propriamente ditas ofertadas pela equipe da ESF durante os atendimentos, mas, também, pelo fato de serem atendidas ou agendar consulta médica no mesmo dia em que vão à UBS e o tempo de espera naquele local. Esse resultado reforça a importância do acesso à APS e se coaduna com outros estudos que o apontam como um elemento fundamental para a efetividade das ações em saúde, pois propicia a satisfação do usuário com o atendimento (CLARES et al., 2011)⁽²⁶⁾ e o estabelecimento do vínculo, expresso pela ampliação e frequência na utilização dos serviços ofertados (SCHWARTZ et al., 2010)⁽²⁷⁾, podendo resultar em melhor adesão ao tratamento medicamentoso ou não e, conseqüentemente, melhor controle da doença.

A associação encontrada entre o atendimento realizado pelo mesmo enfermeiro, seja como preditor ou como variável de ajuste, também está relacionada ao vínculo, o qual, por sua vez, tem efeitos benéficos e comprovados no sistema de saúde: melhor prevenção e promoção da saúde, reconhecimento das necessidades dos usuários e maior satisfação dos mesmos (VIACAVA et al., 2012)⁽¹²⁾. Por sua vez, o enfermeiro, dentro da equipe da ESF, é o profissional que mais tem contato e conhecimento das condições de saúde da população atendida, não sendo incomum que, ao longo do tempo, estabeleça uma relação de confiança com o usuário, deixando-o mais confortável para expor seus problemas e, muitas vezes, adotar as recomendações (BARATIERI; MARCON, 2011)⁽²⁸⁾.

A verificação da glicemia capilar mensalmente apresentou associação com ausência de hospitalização decorrente do diabetes e trimestralmente com a adesão à alimentação adequada. Essas associações confirmam achados de estudo com desenho semelhante, realizado em Amã, na Jordânia, junto a 223 pessoas com diabetes, o qual constatou maior frequência de verificação da glicemia e melhor controle glicêmico nos indivíduos que praticavam autogestão eficiente da doença, com controle alimentar, prática frequente de exercício físico e uso dos antidiabéticos que não possuíam complicações decorrentes dela (AL-KHAWALDEH; AL-HASSAN; FROELICHER, 2012).⁽²⁹⁾

No que diz respeito aos indicadores da assistência prestada pela equipe da ESF constatou-se que o questionamento sobre a prática de exercícios físicos regulares, o estado de saúde, a verificação da pressão arterial sistêmica e a entrega de antidiabéticos orais e/ou insulina durante o atendimento médico ou reuniões do HIPERDIA foram preditores para a adesão ao tratamento não medicamentoso e ausência de complicações e de hospitalizações relacionadas à doença.

Esse achado reforça o fato de que o monitoramento realizado durante os atendimentos, especialmente se de forma conjunta com a entrega de medicamentos, além de favorecer a adesão ao tratamento previne o surgimento de complicações. A importância da verificação da pressão arterial durante o atendimento às pessoas com diabetes está relacionada à elevada prevalência do seu diagnóstico associado à hipertensão arterial (GIROTTO et al., 2013)⁽⁷⁾.

Salienta-se, ainda, que, no presente estudo, também foi constatada elevada prevalência de usuários atendidos pelo mesmo médico, reforçando que a qualidade da assistência em saúde, o acesso e a longitudinalidade, mediante o vínculo estabelecido com o atendimento realizado pelo mesmo profissional de saúde, podem favorecer o controle e o manejo da doença. Não obstante, estudo realizado no Sul do país constatou que a maior parte dos usuários com diabetes atendidos na ESF recebeu orientação ou foi questionada sobre dieta e atividade física por algum profissional de saúde integrante da equipe, sendo que a grande maioria era atendida sempre pelo mesmo médico (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012)⁽²⁵⁾.

A entrega de antidiabéticos orais e/ou insulina não apresentou associação com a adesão ao tratamento medicamentoso, mas em relação à ausência de hospitalização decorrente da doença. Contudo, há de se considerar que a disponibilidade de medicamentos gratuitos nas redes públicas de saúde favorece a adesão ao tratamento (GOMES-VILLAS BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014)⁽³⁰⁾ e, conseqüentemente, previne as hospitalizações. Estudo desenvolvido em Uganda, junto a indivíduos com baixo poder aquisitivo, mostrou que eles

avaliaram os serviços de saúde como de qualidade e isto estava relacionado, dentre outros fatores, à disponibilidade de medicamentos (KIGULI et al., 2009).⁽³¹⁾

O Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, criado em 2002, prevê o repasse de medicamentos aos usuários com essas doenças. Destarte, a maioria dos usuários não reconhece essa oferta como um direito social e demonstra gratidão ao receber o medicamento. Isso tem influência sobre a satisfação do usuário com o serviço de saúde, o que favorece a adesão ao tratamento, conforme consta em estudo realizado na região Sudeste do País (OBRELI-NETO et al., 2010)⁽²⁰⁾, também confirmado na presente pesquisa, a partir da associação entre satisfação com a assistência prestada pela equipe da ESF e a adesão à atividade física regular e ausência de complicações, seja como risco ou como proteção.

Destarte, os resultados das ações desenvolvidas pelas equipes da ESF não podem se restringir à adesão ao tratamento medicamentoso, devendo atuar de forma integrada, ou seja, valorizando a avaliação de risco e a adoção de medidas de promoção à saúde (GIROTTO et al., 2013)⁽⁷⁾. Os resultados demonstram a associação entre a não participação em atividades de educação em saúde, o não recebimento de orientações sobre a alimentação adequada e a não realização de avaliação dos pés durante as consultas, e os quatro desfechos analisados. Apesar de estudos de corte transversal não permitirem o estabelecimento de relações de causa e efeito, considera-se a hipótese de esta associação estar relacionada a um modelo de assistência à saúde curativista, na qual a maior concentração de ações de promoção à saúde se volta para aqueles que já apresentam complicações ou que não aderem ao tratamento.

O tempo de diagnóstico menor que cinco anos, mesmo que de forma não significativa, se apresentou como variável de ajuste em relação à ausência de hospitalização, reforçando os achados de estudos que apontam essa variável como um importante indicador, pois quanto maior o tempo de diagnóstico, maior a incidência e prevalência de complicações em pessoas com diabetes (RODRIGUES et al., 2011)⁽²³⁾.

Portanto, para promover a adesão ao tratamento, especialmente ao não medicamentoso e, por conseguinte, melhor controle da doença, as ações de saúde devem considerar as necessidades e expectativas das pessoas assistidas. Na prática das equipes da ESF, o enfermeiro deve auxiliar a pessoa com diabetes, de modo a estabelecer com ela uma relação empática e colaborativa, considerar a pessoa em todas as suas nuances sociais e culturais, valorizar suas percepções acerca do serviço de saúde e os significados que o diabetes tem em sua vida.

CONCLUSÃO

Os limites dos resultados deste estudo referem-se ao método transversal que não permite o estabelecimento de relações de causa e efeito. Salienta-se, ainda, que as informações obtidas foram autorreferidas, o que pode gerar erros decorrentes de memória ou outras distorções, além do fato de que avaliações de adesão por métodos indiretos (*self-report*) dependem da disponibilidade da pessoa para revelar qual é o seu comportamento em relação a seguir as recomendações terapêuticas. Dessa forma, alguns resultados podem estar superestimados, não reproduzindo com exatidão os valores de prevalência da adesão ao tratamento e a presença/ausência de complicações e hospitalizações decorrentes da doença.

A assistência prestada às pessoas com diabetes pelas equipes da ESF de Maringá pode ser considerada intermediária, pois, por um lado, pela boa adesão ao tratamento medicamentoso e as reduzidas taxas de complicações microvasculares autorreferidas e, por outro, pelas reduzidas taxas de adesão ao tratamento não medicamentoso e elevada prevalência de hospitalização decorrente da doença, o que sinaliza a necessidade de se lançar um olhar reforçado sobre essa nuance da assistência.

Nas análises múltiplas evidenciou-se que a verificação da glicemia capilar mensal ou trimestral; os aspectos relacionados ao acesso organizacional e à longitudinalidade, presentes no serviço; a investigação da prática de atividades físicas, do estado de saúde dos usuários com diabetes e da entrega de antidiabéticos orais e/ou insulina durante as consultas e atendimentos, além da satisfação dos usuários com o serviço, foram fatores preditores para o melhor desfecho no cuidado prestado ao indivíduo com diabetes. Não obstante, aqueles que não participavam das ações de educação em saúde, que não recebiam orientações sobre a necessidade da alimentação adequada e que não tinham seus pés avaliados durante a consulta, tiveram maiores chances de adesão ao tratamento e ausência de complicações e hospitalizações.

A equipe da ESF tem um papel fundamental na atenção a esses pacientes, à medida que pode atuar no âmbito individual e coletivo, implantando programas de prevenção e controle do diabetes que enfatizem atividades educativas, visando, especialmente, à promoção da saúde, intensificação do tratamento e prevenção das complicações crônicas. Os resultados aqui encontrados reforçam a importância do fortalecimento do acesso e da longitudinalidade nas ações de saúde e nas ações de promoção da saúde, de modo que possam contribuir de modo preventivo para o manejo e o controle do diabetes e também de outras doenças cardiovasculares.

Outro aspecto a ser considerado é o fato de as pessoas com diabetes desejarem manter o controle sobre suas vidas, o que inclui o manejo da doença. Por essa razão, elas podem se

recusar ou até mesmo ter dificuldades para cumprir as recomendações terapêuticas, embora acreditem na importância da adesão para o sucesso do tratamento.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.
2. David GF, Torres HC, Reis IA. Atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em diabetes *mellitus* na atenção primária. Cienc Cuid Saude. 2012; 11(4):758-66.
3. Campos AZ, Theme-Filha MM. Hospitalization for primary care-sensitive conditions in Campo Grande, Mato Grosso do Sul State, Brazil, 2000-2009. Cad Saúde Pública. 2012 May;28(5): 845-55.
4. Faria HT, Rodrigues FF, Zanetti ML, Araújo MF, Damasceno MM. Factors associated with adherence to treatment of patients with diabetes *mellitus*. Acta Paul Enferm. 2013; 26(3):231-7.
5. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. 2011-jun;32(2):345-51.
6. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. Am J Public Health. 2011;101(10):1963-70. doi: 10.2105/ajph.2010.198887.
7. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adherence to pharmacological and non pharmacological treatment for arterial hypertension and associated factors in primary care. Ciênc & Saúde Coletiva. 2013;18(6):1763-72.
8. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adherence to Drug Treatment among registered users in the “HIPERDIA” Program in Teresina in the State of Piauí. Ciênc & Saúde Coletiva. 2012;17(7):1885-92.
9. Alves BA, Calixto AATF. Aspects determinants of adherence to treatment of hypertension and diabetes in a primary care unit in the state of São Paulo. Health Sci Inst. 2012;30(3):255-60.
10. Queiroz PC, Aguiar DC, Pinheiro RP, Moraes CC, Pimentel IRS, Ferraz CLH, et al. Prevalência das complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes *mellitus* e síndrome metabólica. Rev Soc Bras Clin Med. 2011; 9(4):254-58.
11. Mattos PE, Luz LL, Santiago LM, Mattos IE. Trends in mortality of diabetes *mellitus* patients in Brazilian capitals, 1980-2007. Arq Bras Endocrinol Metab [serial on the Internet]. 2012 Feb [cited 2014 July 15]; 56(1):39-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302012000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302012000100007>.
12. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Evaluation of performance of health systems: a model for analysis. Ciênc & Saúde Coletiva. 2012;17(4):921-34.
13. Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. The perspective of health professionals on access to Primary Health Care. Ciênc & Saúde Coletiva. 2013jan-mar;18(8):2347-57.
14. Malta DC, Silva Jr GB. Brazilian Strategic Action Plan to Combat Chronic Non-communicable Diseases and the global targets set to confront these diseases by 2025: a review. Epidemiol Serv Saúde. 2013;22(1):151-14.

15. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(Supl. 1):1-51.
16. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: tratamento e acompanhamento. São Paulo: SBD; 2011.
17. Araújo MF, Gonçalves TC, Damasceno MMC, Caetano JA. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. Esc Anna Nery. 2010; 14(2):361-7.
18. Tiv M, Viel J-F, Mauny F, Eschwe`ge E, Weill A, et al. (2012) Medication Adherence in Type 2 Diabetes: The ENTRED Study 2007, a French Population-Based Study. PLoS ONE 7(3): e32412. doi:10.1371/journal.pone.0032412
19. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. Ver Latino am Enferm. 2010;17(1):46-51.
20. Obreli-Neto PR, Prado MF, Vieira JC, Fachini FC, Pelloso SM, Marcon SS. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do município de Salto Grande –SP, Brasil. Rev Ciênc Far, Básica Apl. 2010;31(3):229-33.
21. Seligman HK, Jacobs EA, Lopez A, Tschann J, Fernandez A. Food Insecurity and Glycemic Control Among Low-Income Patients With Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2012;35(1):233-8.
22. Bradbent E, Donkin L, Stroh JC. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. Diabetes Care. 2011;34(2):338-40.
23. Rodrigues TC, Pecis M, Canani LH, Schreiner L, Kramer CK, Biavatti K, et al. Caracterização de pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1 do sul do Brasil: complicações crônicas e fatores associados. Rev Assoc Med Bras. 2011;56(1):67-73.
24. Constantino MI et al. Long-term complications and mortality in Young-onset diabetes: type 2 diabetes is more hazardous and lethal than type 1 diabetes. Diabetes Care. 2013; 36: 3863-9.
25. Mielczarski RG, Costa JSD, Olinto MTA. Epidemiology and organization of health services: diabetes mellitus in a community of the city of Porto Alegre. Ciênc & Saúde Coletiva. 2012;17(1):71-8.
26. Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Lima LL. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. Rev Enferm UERJ. 2011 out/dez; 19(4):604-9.
27. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Family Health Strategy: evaluating the access to SUS from the perception of the users of the health unit Resistência, in the region of São Pedro, Vitória, Espírito Santo State. Ciênc & Saúde Coletiva. 2010;15(4):2145-54.
28. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery (impr.) 2011 out-dez; 15 (4):802-10.
29. Al-Khawaldeh AO, Al-Hassan MA, Froelicher ES. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes *mellitus*. J Diabetes Its Compl. 2012;26:10–6.
30. Gomes-Villas Boas LC, Foss-Freitas MC, Pace AE. Adherence of people with type 2 diabetes *mellitus* to drug treatment. Rev Bras Enferm. 2014 mar-abr; 67(2):268-73.
31. Kiguli J, Ekirapa-Kiracho E, Okui O, Mutebi A, MacGregor H, Pariyo GW. Increasing access to quality health care for the poor: Community perceptions on quality care in Uganda. Patient Preference and Adherence. 2009:3.

6.5 Artigo 5

AVALIAÇÃO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 ACERCA DA ASSISTÊNCIA RECEBIDA, E FATORES ASSOCIADOS

RESUMO

Objetivo: Verificar a avaliação de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca dos serviços oferecidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, e fatores associados. **Método:** Estudo avaliativo transversal realizado com 408 pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas em 65 equipes, no período de dezembro de 2013 a julho de 2014. Os dados foram obtidos por inquérito domiciliar, utilizando instrumento estruturado. Realizou-se análise de frequência absoluta e relativa, testes univariados e regressão logística múltipla. **Resultados:** A maioria dos usuários em estudo avaliou a assistência como positiva (81,9%). Maior chance de avaliação positiva foi observada entre usuários do sexo masculino, que praticam atividade física, são atendidos no mesmo dia em que vão à Unidade Básica de Saúde, recebem os antidiabéticos orais e/ou insulina e orientações sobre alimentação adequada, e que conseguem mostrar os resultados de exames ao médico com maior facilidade. **Conclusão:** A avaliação positiva dos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família, por parte dos usuários com diabetes foi elevada, e esteve relacionada ao sexo masculino, à prática de atividade física, a aspectos relacionados ao acesso aos serviços e ao processo de assistência.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, estudos têm enfatizado o papel da avaliação de desempenho das ações e dos programas de saúde, com o objetivo de garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população (GOUVEIA et al., 2011; PENA; MELLEIRO, 2012)⁽¹⁻²⁾. No contexto da qualidade em saúde, avaliar significa diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir, de modo que, mediante verificação de hiatos, os serviços possam adaptar-se e cumprir padrões mínimos de qualidade (DONABEDIAN, 1990)⁽³⁾.

Padrões de qualidade cada vez mais elevados têm sido exigidos de estabelecimentos de saúde, levando-os a buscar meios efetivos para mensurar os serviços prestados e obter dados relacionados à efetividade e eficácia dos mesmos (LAFAIETE; MOTTA; VILLA, 2011)⁽⁴⁾. A qualidade pode ser mensurada por meio da avaliação das necessidades e expectativas dos usuários, para os quais os programas são instituídos e a quem se pretende satisfazer (MORAIS et al., 2008)⁽⁵⁾. Desse modo, abordar a avaliação que os usuários fazem dos serviços implica em um julgamento sobre as características e a qualidade desse serviço, fornecendo, também, informação para completá-lo equilibrá-lo (GOUVEIA et al., 2011)⁽¹⁾.

Destarte, a análise da percepção/satisfação com os serviços de saúde, na perspectiva dos usuários, permite maior adequação e promoção da assistência a partir de necessidades reais, sendo imperativo que avaliações técnicas sejam complementadas com a percepção dos indivíduos que recebem o cuidado (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010)⁽⁶⁾. Estudos nacionais evidenciam que a percepção dos indivíduos sobre os serviços públicos de saúde está diretamente relacionada à sua expectativa em relação a eles e a algumas dimensões ligadas aos cuidados recebidos — à disponibilidade de medicamentos, à organização do serviço, ao acesso e ao vínculo. Assim, a satisfação pode favorecer a adesão ao tratamento prescrito e melhor convivência com a doença (GOUVEIA et al., 2011; LAFAIETE; MOTTA; VILLA, 2011; BRITO; JESUS; FERNANDES, 2012)^(1,4,7). Por sua vez, estudos internacionais mostram que a satisfação também se associa à menor utilização de serviços de emergência (FRETON et al., 2012)⁽⁸⁾, de hospitalização e readmissão hospitalar (BOULDING et al., 2011)⁽⁹⁾.

No que se refere aos cuidados às pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), é na Atenção Primária à Saúde (APS), mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), que ocorre a maior concentração de ações de prevenção e tratamento da doença, sendo esse nível da atenção responsável pelo acompanhamento de cerca de 60 a 80% dos casos (SILVEIRA et al., 2010; ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011)^(10,11). Para assistir a esse grupo de usuários criou-se o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (HIPERDIA) que visa cadastrar e acompanhar os indivíduos com esse agravo, atendidos na rede ambulatorial do SUS (FONTENELE; ALVES; CÂMARA, 2012)⁽¹²⁾.

A escolha por investigar a avaliação dos serviços de saúde, realizada por esse grupo específico de usuários, ocorreu devido à magnitude do agravo que é o DM2, sendo considerado o problema de saúde pública com elevado custo social e grande impacto no aumento da morbimortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010)⁽¹³⁾, estando entre as doenças mais sensíveis à APS, e por se acreditar que o programa HIPERDIA é um dos mais consolidados pelo Ministério da Saúde no País. Nessa perspectiva, conhecer como o usuário avalia o serviço de saúde que mais faz uso pode subsidiar decisões, tanto estratégicas quanto operacionais, influenciar a qualidade dos serviços prestados pelas organizações e, até mesmo, a sua adesão ao tratamento. Desse modo, neste estudo teve-se o objetivo de verificar a avaliação de pessoas com diabetes *mellitus* acerca dos serviços oferecidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e os fatores associados.

METODO

Trata-se de um estudo avaliativo, de corte transversal, realizado junto a pessoas com DM2, assistidas pelas equipes da ESF do município de Maringá, Paraná, terceiro maior do estado que, na ocasião da coleta de dados, contava com 29 Unidades Básicas de Saúde, 66 equipes da ESF e 7.562 pessoas, com 15 ou mais anos de idade, cadastradas no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA – com diagnóstico de DM2.

Como critérios de inclusão foram considerados elegíveis somente aqueles com idade superior a 18 anos, com diagnóstico de DM2, que não estivessem cadastrados na equipe rural e que foram atendidos nas respectivas equipes da ESF nos últimos seis meses. De posse do número de indivíduos a serem incluídos no estudo, solicitaram-se listas com nomes e endereços de pessoas com diabetes em 65 das 66 equipes da ESF, pois uma delas era rural. Após, procedeu-se o sorteio aleatório dos participantes. Para o cálculo do tamanho amostral adotou-se prevalência de 50% para o DM2, visando maior variabilidade do evento estudado, associada a erro de estimativa de 5%, e confiabilidade e precisão da amostra em 95%, sendo acrescidos 15% (55 indivíduos) para eventuais perdas, resultando em uma amostra de 420 indivíduos. A amostra foi constituída por 408 pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, cadastradas em 65 equipes.

A variável resposta “avaliação positiva” da assistência recebida foi obtida mediante o somatório de um conjunto de seis questões relacionadas ao atendimento: Já pensou em fazer reclamação sobre o serviço (sim=0; não=1); Gostaria que algo fosse diferente no atendimento (sim=0; não=1); Está satisfeito com o serviço recebido (não=0; sim=1); É bem recebido por todos os profissionais da equipe (não=0; sim=1); Indicaria o atendimento para algum amigo ou familiar (não=0; sim=1) e Que nota daria para o serviço (<7= 0; ≥7= 1). Um total de 6 e 5 pontos foi considerado avaliação positiva; 4 e 3, avaliação intermediária, e 2 e 1, avaliação negativa. Para fins de análise, as categorias de avaliação intermediária e avaliação negativa foram agrupadas.

As variáveis independentes foram:

Sociodemográficas - sexo (masculino e feminino), faixa etária, cor (branca e não branca), situação conjugal (com e sem companheiro), escolaridade em níveis e renda (renda agrupada segundo salários mínimos);

Clínicas e comportamentais: relacionadas à doença: tempo de diagnóstico, periodicidade de verificação da glicemia capilar, adesão à alimentação adequada, realização de atividade física frequente, tabagismo e consumo de bebida alcoólica; c) indicadores da

assistência recebida - tempo de cadastramento na equipe da ESF, frequência de atendimento pelo mesmo médico, pelo mesmo enfermeiro e nos grupos de HIPERDIA, disponibilidade de avaliação e consulta médica nos grupos, frequência da verificação de peso, da pressão arterial, da glicemia capilar, dos pés, da circunferência abdominal e da ausculta cardíaca; entrega de antidiabético oral e/ou insulina, solicitação de exame de sangue e de urina, agendamento dos exames pela UBS, facilidade para mostrar resultados de exames, oferta de orientações sobre a doença, complicações relacionadas a ela, atividade física, alimentação adequada e uso correto do antidiabético oral e/ou insulina); d) Indicadores de acesso - disponibilidade de atendimento no mesmo dia, agendamento de consulta no mesmo dia em que procura a UBS, número de dias que espera para a consulta, e quando chega para ser atendido, se precisa.

Considerou-se presente a prática de atividade física quando foi referida a realização de exercícios dinâmicos (caminhada, ciclismo, ginástica, entre outras), com frequência mínima de três vezes na semana, e duração mínima de 30 minutos cada sessão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)⁽¹⁴⁾. O padrão alimentar foi considerado adequado quando o indivíduo referiu nunca ou quase nunca ingerir doces, açúcares, carboidratos diversos e alimentos ricos em gorduras; ingerir sempre ou quase sempre cinco ou mais porções de frutas, verduras e legumes por dia; fazer uso exclusivo sempre ou quase sempre de adoçante, e realizar cinco ou mais refeições diárias. O padrão inadequado foi considerado quando o indivíduo referiu três ou menos desses itens (BRASIL, 2005)⁽¹⁵⁾.

Considerando-se a subjetividade e a complexidade da avaliação dos usuários quanto à forma com que percebem a assistência recebida, o que tem gerado críticas acerca das pesquisas de satisfação, e, mesmo assim, cientes da relevância e necessidade de apreender tal informação e da ausência de instrumentos validados que permitissem abordar tal aspecto, elaborou-se um instrumento estruturado, adaptado a partir de estudos nacionais que abordaram a satisfação, junto à usuários da APS (SANTIAGO e col., 2013; ROSA e col., 2011; LAFAIETE e col., 2011; GOUVEIA e col., 2009)^(1,4,11,16).

Foram entrevistados 408 indivíduos, abordados em seus domicílios, conforme subamostras proporcionais aos números de pessoas com DM2 cadastradas em cada equipe da ESF do município. As entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2013 a julho de 2014, durante os dias úteis da semana, nos períodos matutino e vespertino, e, aos sábados, no período matutino. Quando o indivíduo não se encontrava no domicílio retornava-se outro dia, em horário distinto, sendo permitidas duas tentativas. Caso não fosse possível realizar a entrevista passava-se para o próximo da lista.

Os instrumentos preenchidos foram conferidos quanto à presença de falhas, antes da compilação em banco de dados no *software Microsoft Office Excel 2010*. Após se organizar esse banco inicial, os dados foram transferidos para o programa SPSS versão 20. A análise de dados foi realizada por estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e relativas; análise univariada, por meio do teste Qui-quadrado de Pearson e regressão logística múltipla. Todas as variáveis com significância menor que 20% na análise univariada foram inseridas na análise logística múltipla, sendo a medida de associação representada pelo *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95%, nível de significância estabelecido quando $p < 0,05$ e nível de ajuste do modelo verificado por meio do teste do Hosmer e Lemeshow.

No desenvolvimento do estudo foram atendidas as recomendações éticas nacionais e internacionais para pesquisas com seres humanos e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

RESULTADOS

A análise do perfil sociodemográfico revelou maioria do sexo feminino (69,4%), com prevalência da faixa etária superior a 70 anos (39,0%), seguida pela de 60 a 70 anos (38,5%), de cor branca (77,2%), com companheiro (69,4%), renda inferior a dois salários mínimos (44,9%) e com ensino fundamental completo (59,1%) ou analfabeto (20,8). O tempo de diagnóstico de cinco a dez anos foi o período mais frequente (39,2%).

Dos 408 usuários com DM2 entrevistados, 81,9% responderam positivamente à maior parte das questões acerca da avaliação do serviço de assistência ao DM, enquanto 14,7% a avaliaram intermediária, e 3,4%, negativa.

Entre as variáveis sociodemográficas, de tempo de diagnóstico da doença, de periodicidade de verificação da glicemia capilar e comportamentais, a análise univariada apontou associação significativa entre a avaliação positiva da assistência por parte dos usuários com DM2 e sexo masculino, prática de atividade física e não fazer uso de cigarro (Tabela 10).

Tabela 10. Análise univariada dos dados sociodemográficos, relacionados ao tempo de diagnóstico da doença, periodicidade de verificação de glicemia capilar e comportamento, segundo avaliação positiva da assistência ao DM, pelos usuários, Maringá, PR, 2014.

Variáveis	Total (n=408)		Avaliação Positiva (n= 334; 81,9%)		p-valor
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	125	30,6	112	89,6	0,008
Feminino	283	69,4	222	78,4	
Cor					
Branca	315	77,2	256	81,3	0,568
Não Branca	93	22,8	78	83,9	
Situação Conjugal					
Com Companheiro	283	69,4	230	81,3	0,666
Sem Companheiro	125	30,6	103	83,1	
Escolaridade					
Analfabeto	85	20,8	71	83,5	0,844
Ensino fundamental	240	59,1	195	80,9	
Ensino Médio	66	15,9	54	83,1	
Ensino Superior	17	4,2	14	82,4	
Renda (SM)					
< 2	183	44,9	149	81,4	0,090
2 - 4	142	34,8	112	78,9	
> 4	83	20,3	73	88,0	
Idade					
< 60	92	22,4	67	74,4	0,078
60 – 70	157	38,5	132	84,1	
> 70	159	39,0	133	83,6	
Tempo de diagnóstico (anos)					
< 5	90	23,1	66	73,3	0,235
5 – 10	160	39,2	134	83,3	
11 – 20	117	28,7	100	85,5	
> 20	41	10,0	34	82,9	
Verificação da Glicemia					
Diariamente	84	20,6	73	86,9	0,149
Mensal	38	9,3	29	76,3	
Trimestral	123	30,1	101	81,3	
Sem periodicidade	163	40,0	132	81,0	
Adesão à alimentação Adeq.					
Sim	98	24,0	84	85,7	0,258
Não	310	76,0	250	80,6	
Atividade Física					
Sim	205	50,2	181	88,3	0,001
Não	203	49,8	153	75,4	
Fumante					
Sim	48	11,8	33	68,8	0,014
Não	360	88,2	301	83,6	
Consumo de álcool					
Sim	39	9,6	30	76,9	0,678

Não 369 90,4 304 82,4

Na análise univariada constatou-se associação significativa entre a avaliação positiva e a frequência do atendimento nos grupos de HIPERDIA, realização de avaliação individual e consulta médica durante os grupos, solicitação de exames de sangue relacionados à doença e tempo de espera para uma consulta médica na equipe da ESF (Tabela 11).

Tabela 11. Análise univariada da associação das variáveis relacionadas aos serviços oferecidos pela mesma equipe da ESF em usuários com DM2 que avaliaram como positiva a assistência prestada pelas equipes da ESF (n=334), Maringá, PR, 2014.

Variáveis relacionadas à oferta do serviço	Total		Avaliação Positiva		p-valor
	N	%	N	%	
Tempo de atendimento na ESF (anos)					
< 5	105	25,7	82	78,1	0,250
5 – 10	127	31,1	108	85,0	
10 -20	130	31,9	109	83,8	
< 20	46	11,3	35	37,7	
Frequência do Atendimento					
Mensal	30	7,4	24	80,8	0,010
Bimestral	29	7,1	28	96,6	
Trimestral	316	77,5	261	83,5	
Sem Periodicidade	33	8,1	21	63,6	
Avaliação + Consulta Médica					
Sim	254	62,3	217	85,4	0,017
Não	154	37,7	117	76,0	
Solicitação de exames sangue*					
Sim	336	82,4	282	82,3	0,009
Não	67	16,4	47	70,1	
Solicitação de exame de urina*					
Sim	283	69,4	233	82,3	0,666
Não	118	28,9	95	80,5	
Tempo de espera para consulta médica (dias)					
1 - 4	180	44,1	147	81,7	0,044
5 - 10	143	35,0	123	86,0	
> 10	85	20,8	64	75,3	

*Utilizados dados válidos

Quanto às variáveis relacionadas aos serviços oferecidos, observou-se predominância de avaliação positiva entre indivíduos que têm o peso verificado quando são atendidos na UBS, nos quais é realizada a ausculta cardíaca e recebem os antidiabéticos orais e/ou insulina, e aqueles que recebem orientações acerca da doença e suas complicações, sobre a

importância da atividade física frequente e alimentação adequada, e que são orientados sobre como usar corretamente os antidiabéticos orais e/ou insulina (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição e análise univariada das variáveis relacionadas aos serviços oferecidos pelas equipes da ESF, segundo frequência de realização, em pessoas com DM2 que avaliaram a assistência como positiva (n=334), Maringá, PR, 2014.

Variáveis relacionadas aos serviços oferecidos	Sempre		Às vezes		Nunca		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Verificação de:							
Peso	279	85,4	20	71,7	35	77,8	0,022
pressão arterial	321	81,9	11	84,6	2	66,2	0,766
glicemia capilar	280	82,1	33	80,5	21	80,3	0,957
circunferência abdominal	159	82,4	62	80,5	113	81,9	0,888
Examinam os pés	38	80,9	32	82,1	264	82,0	0,982
Ausculata cardíaca	132	86,3	64	85,3	138	76,7	0,022
Entrega de antidiabéticos/insulina	306	83,6	13	81,2	15	57,7	0,004
Oferta de orientações sobre:							
a doença	115	87,6	111	84,1	68	68,7	<0,001
complicações	147	86,5	94	83,2	93	74,4	0,009
atividades física	200	84,7	71	85,5	63	70,8	<0,001
alimentação adequada	183	86,3	105	85,4	46	63,0	<0,001
Uso do antidiabético e/ou insulina	222	84,4	85	81,7	27	65,9	0,011

No que se refere às variáveis relacionadas ao acesso aos serviços oferecidos pela equipe da ESF identificou-se associação significativa entre a avaliação positiva e o atendimento pelo mesmo médico, a UBS providencia agendamento de exames, facilidade para mostrar resultados de exames ao médico da equipe, consegue ser atendido no mesmo dia em que vai à UBS e tempo que demora para ser atendido (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição e análise univariada das variáveis relacionadas ao acesso aos serviços oferecidos pelas equipes da ESF, segundo frequência de realização, em pessoas com DM2 que avaliaram a assistência como positiva (n=334), Maringá, PR, 2014.

Variáveis relacionadas ao acesso aos serviços oferecidos	Sempre		Às vezes		Nunca		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Atendido pelo mesmo médico	360	85,2	57	77,0	17	58,9	0,001
Atendido pelo mesmo enfermeiro	235	81,6	80	86,0	19	70,4	0,174
UBS agenda exames solicitados*	299	83,9	16	76,2	19	63,3	0,016
Facilidade para mostrar exames ao médico	254	84,9	67	81,7	13	48,1	<0,001
Consegue ser atendido no mesmo dia	96	88,1	101	84,2	136	76,4	0,035

Sai da UBS com consulta agendada	202	83,8	95	81,2	36	73,5	0,127
Demora para ser atendido quando chega	35	67,3	128	82,6	171	85,1	0,012

*Utilizados dados válidos

Na análise múltipla evidenciou-se maior chance de avaliação positiva da assistência ao DM2, entre usuários do sexo masculino que praticam atividade física, que são atendidos no mesmo dia em que vão à UBS, que recebem os antidiabéticos orais e/ou insulina e orientações sobre alimentação adequada, e conseguem mostrar os resultados de seus exames ao médico com maior facilidade. Contudo, essa avaliação positiva não foi independente do atendimento pelo mesmo médico, do tempo de espera prolongada para serem atendidos, da oferta de orientações sobre o uso dos antidiabéticos orais e/ou insulina e da frequência com que são atendidos nos grupos do HIPERDIA (Tabela 14).

Tabela 14. Análise múltipla de variáveis sociodemográficas e relacionadas à oferta e ao acesso aos serviços, segundo avaliação positiva por pessoas com DM2 assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, Maringá, Paraná, 2014.

Variáveis*	Avaliação Positiva	
	OR _{ajustado} [#] (IC 95%)	p ^{**}
Facilidade de mostrar o exame ao médico (às vezes)	3,09 (1,03; 9,27)	0,044
Facilidade de mostrar o exame ao médico (sempre)	2,88 (1,08; 7,67)	0,034
Orientação sobre alimentação adequada (às vezes)	2,72 (1,18; 6,26)	0,019
Orientação sobre alimentação adequada (sempre)	2,22 (1,03; 4,75)	0,041
Atividade Física (sim)	2,54 (1,37; 4,73)	0,003
Entrega de Medicamento (às vezes)	0,12 (0,02; 0,72)	0,020
Sexo (Masculino)	2,96 (1,38; 6,37)	0,005
Atendido no mesmo dia em que vai à UBS (sempre)	2,60 (1,17; 5,74)	0,018

Modelo ajustado pelas variáveis “Atendido pelo mesmo médico”, “Espera muito para ser atendido”, “Orientações sobre o uso de medicamento” e “Frequência do atendimento”. [#] Qualidade do ajuste verificado pelo teste de Hosmer e Lemeshow: p= 0,917. ^{**}Teste de Wald.

DISCUSSÃO

Uma possível limitação deste estudo é inerente ao fato de que a percepção do usuário varia de acordo com sua expectativa em relação ao atendimento recebido e à forma como ele foi atendido nas últimas vezes em que procurou a UBS. Ademais, trata-se de um estudo transversal, com os dados coletados em um único momento, não sendo possível acompanhar possíveis mudanças na forma como os indivíduos percebem o serviço. Destarte, a satisfação dos usuários certamente não é uniforme nem constante, pois traz consigo referências sociais e

culturais, expectativas, além de fatores econômicos e políticos que, certamente, influenciaram a forma de perceberem os serviços de saúde que lhes são oferecidos.

O conceito qualidade atualmente utilizado, e os estudos que objetivam investigar tal faceta dos serviços públicos de saúde têm tomado grandes dimensões no Brasil e no mundo devido a sua relevância, mas, também, por incorporar um dos atores mais importantes na definição de parâmetros e mensuração dessa qualidade: o usuário (MENDES, 2009)⁽¹⁷⁾.

Os resultados encontrados evidenciam que a maioria dos usuários com DM2, assistida na APS de Maringá, Paraná, está satisfeita com a assistência recebida (81,9%). Esse achado se coaduna com os de outros estudos nacionais e internacionais que, mesmo não tendo sido desenvolvidos junto a pessoas com DM2, verificaram elevado nível de satisfação de usuários dos serviços da APS, especialmente no que diz respeito ao acesso, à resolatividade e à efetividade (FENTON et al., 2012; ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011)^(8,11), ao atendimento e à relação interpessoal com a equipe da ESF, aos serviços oferecidos (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011; SANTIAGO et al., 2013; SZECSENYI et al., 2011)^(11,16,17), à oferta de orientações sobre a doença, tratamento e disponibilidade de medicamentos (GHISI et al., 2013; SALISBURY; WALLACE; MONTGOMERY, 2010)^(18,19).

Avaliar um serviço de saúde como satisfatório está relacionado a diversos determinantes, entre os quais grau de expectativa, exigências individuais em relação ao atendimento, disponibilidade de recursos e características individuais do serviço e do usuário — idade, sexo, aspectos culturais e locais, classe social e histórico clínico (RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR; ACOSTA-RAMÍREZ; RUIZ-RODRÍGUEZ, 2013)⁽²⁰⁾. Destarte, uma avaliação positiva elevada pode, de modo geral, não estar relacionada necessariamente à oferta de serviços, mas indicar que os usuários podem ter se adaptado e diminuído suas expectativas quanto aos serviços, ou, ainda, possuírem baixa capacidade crítica para avaliá-los (TUNG; CHANG, 2009)⁽²¹⁾.

Os resultados obtidos da análise múltipla mostram que usuários do sexo masculino, que praticam atividade física frequente, que têm facilidade para mostrar o resultado dos exames ao médico da equipe, que recebem orientações sobre alimentação adequada, que conseguem ser atendidos no mesmo dia em que vão à UBS e que, às vezes, recebem os antidiabéticos orais e/ou insulina possuem maiores chances de avaliar a assistência como positiva. Salienta-se, ainda, que tal modelo não foi independente de ser atendido pelo mesmo médico, a frequência dos atendimentos, espera para ser atendido na UBS e receber orientações sobre uso adequado dos antidiabéticos orais e/ou insulina.

A associação encontrada entre avaliação positiva da assistência oferecida e o sexo masculino merece destaque, pois o sexo feminino foi predominante na amostra estudada. Esse fato, para alguns autores, pode estar associado à maior procura por parte das mulheres pelos serviços de saúde, como foco da busca ou ainda como acompanhante de familiares, amigos e vizinhos, o que provavelmente lhes permite ter uma avaliação mais acurada e mais exigente quando comparada aos homens (SILVEIRA et al., 2010; AZEVEDO et al., 2013)^(10,22). Estudo realizado em quatro estados brasileiros revelou que a reduzida procura dos homens por serviços primários de saúde está relacionada ao fato de eles retardarem ao máximo a busca pela assistência e que é predominante a procura por serviços de pronto-socorro ou farmácias, lugares nos quais os homens teriam sua demanda atendida mais rapidamente (SCHRAIBER et al., 2010)⁽²³⁾.

Desse modo, a prevalência de avaliação positiva do serviço encontrada em homens, no presente estudo, merece ressalva, porque essa avaliação não indica necessariamente uma avaliação crítica acerca do atendimento, podendo expressar simplesmente ausência de opinião ou mesmo uma aceitação passiva do atendimento que lhe é prestado (GOMES et al., 2011)⁽²⁴⁾. Estudo desenvolvido em Porto Alegre constatou que a relação de gratidão foi considerada um dos principais responsáveis pela elevada satisfação dos usuários, devido, especialmente, à relutância em expressar opiniões negativas, por medo de perder o acesso ao atendimento e/ou pela dependência dos profissionais de saúde integrantes da equipe da ESF (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011)⁽¹¹⁾.

Ainda no estudo realizado em Porto Alegre, os autores observaram que quando os usuários eram questionados se indicariam o atendimento para terceiros, a grande maioria respondeu positivamente e apontou como principal justificativa o fato de que o serviço era bom (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011)⁽¹¹⁾. Por sua vez, estudo desenvolvido em três cidades do Rio de Janeiro, encontrou que a satisfação de homens usuários da Atenção Primária esteve relacionada ao atendimento humanizado, atencioso e respeitoso; à assistência realizada por meio do diálogo e não apenas do ato de orientar e prescrever comportamentos; à prontidão no atendimento, em que o tempo de espera foi o menor possível e houve a resolução do problema que suscitou a procura (GOMES et al., 2011)⁽²⁴⁾. Desse modo, estudos de avaliação da satisfação vêm demonstrando que estase volta muito mais para as relações de vínculo, acesso e longitudinalidade da assistência, do que à demanda de serviços ofertados pelas equipes (LAFAIETE; MOTTA; VILLA, 2011)⁽⁴⁾.

Não obstante, o acesso aos serviços também apareceu como variável preditora para a avaliação positiva da assistência, representado, neste estudo, pelo atendimento no mesmo dia

em que vai à UBS e pela facilidade para mostrar resultados de exames ao médico da equipe, sendo que a espera para ser atendido constituiu variável de ajuste para o modelo preditivo encontrado. A facilidade de ser atendido e o tempo de espera têm sido frequentemente associados à satisfação de usuários de serviços públicos em estudos desenvolvidos no Brasil (BRITO; JESUS; FERNANDES, 2012; AZEVEDO; COSTA, 2010)^(8,24) e também em outros países (SZECSENYI et al., 2011; TUNG; CHANG, 2009)^(17,21).

Há de se considerar que a dificuldade de acesso aos serviços oferecidos pela UBS é queixa frequente entre os usuários em todo o País, dado este evidenciado em estudos desenvolvidos em Recife (SANTIAGO et al., 2013)⁽¹⁶⁾ e no Rio de Janeiro (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013)⁽²⁵⁾, nos quais a ausência desse atributo esteve atrelada aos relatos de insatisfação, especialmente em pessoas mais jovens e com maior nível de escolaridade. A insatisfação dos usuários com o tempo de espera, relativos ao agendamento de consulta nas UBS, pode evidenciar dificuldades relacionadas à organização do serviço de saúde e à garantia de acesso à atenção em tempo oportuno e resolutivo, aspectos intimamente relacionados ao alcance dos objetivos da ESF (SANTIAGO et al., 2013)⁽¹⁶⁾. Desse modo, o acesso aos serviços de saúde e às consultas médicas deve ser garantido, visando minimizar o risco de não adesão ao tratamento (GIROTTO et al., 2013)⁽²⁶⁾.

A despeito do atendimento médico, observou-se que ser atendido sempre pelo mesmo profissional e a frequência com que ocorrem os atendimentos na UBS foram aspectos relevantes para a avaliação positiva dos usuários com DM2, porque se mantiveram no modelo mesmo que como variáveis de ajuste. Isso se coaduna com achados de estudo realizado no sul do país, em que 62,2% dos entrevistados referiram estar satisfeitos com os serviços, e, ainda, que eram atendidos sempre pelo mesmo médico da equipe da ESF (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012)⁽²⁷⁾. Deveras, a maior frequência nas consultas médicas realizadas na APS acarreta melhor adesão ao tratamento (GIROTTO et al., 2013)⁽²⁶⁾, o que, por sua vez, mantém forte relação com a satisfação com os serviços de saúde. Contudo, no presente estudo observou-se que usuários atendidos com maior frequência (mensalmente) mostraram-se menos satisfeitos quando comparados aos que vão à UBS menos vezes. Esse resultado pode estar relacionado à maior concentração de usuários que fazem acompanhamento bimestral ou trimestralmente.

Ressalta-se que a maior frequência de atendimento e sua continuidade com o mesmo profissional de saúde implica em uma relação longitudinal, a qual, às vezes, na literatura, é considerada promotora de diagnósticos e tratamentos mais precisos, redução dos encaminhamentos desnecessários para serviços especializados e para a realização de

procedimentos de maior complexidade (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012; CUNHA; GIOVANELLA, 2011) ^(27,28). Configura-se, portanto, como uma assistência baseada na continuidade interpessoal, descrita como uma relação profissional-usuário, na qual o primeiro se responsabiliza pela continuidade dos cuidados ao longo do tempo e o segundo conhece e confia no profissional, tendo-o como referência básica para a atenção à saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)⁽²⁸⁾.

Todavia, mesmo sendo o enfermeiro um dos profissionais mais envolvidos com a assistência prestada na APS, por desenvolver ações gerenciais e de cuidado direto ao usuário de forma integrada e articulada com toda a equipe da ESF (SPAGNUOLO et al., 2012)⁽²⁹⁾, não foi encontrada associação significativa entre avaliação positiva e ser atendido pelo mesmo enfermeiro. Acredita-se que isto esteja relacionado à valorização, por parte dos usuários, do médico, levando-os a se sentirem melhor assistidos e mais satisfeitos com o atendimento recebido quando esse profissional está presente na equipe e de forma especial quando o atendimento é realizado por ele (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014)⁽³⁰⁾. Reforçando essa afirmação, estudo desenvolvido em seis municípios de Santander, Colômbia, verificou que as equipes de saúde da Atenção Primária que possuíam médicos obtiveram melhores resultados e foram mais bem avaliados pelos usuários. (RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR; ACOSTA-RAMÍREZ; RUIZ-RODRÍGUEZ, 2013).⁽²⁰⁾

Não obstante, merece destaque a associação inversa verificada entre a avaliação positiva da assistência e a entrega de antidiabético oral e/ou insulina, na opção às vezes, evidenciando que tal atividade, quando esporádica, configura-se inibidora da avaliação positiva. Esse achado confirma resultados de outros dois estudos, nos quais a disponibilidade reduzida de medicamentos foi um dos fatores que mais gerou insatisfação (GOUVEIA et al., 2011; GHISI et al., 2013; REIS et al., 2013)^(1,18,31). A distribuição de medicamentos, considerados essenciais às necessidades da maioria da população usuária da APS, deve ser garantida de modo a não fragilizar o processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças, em especial as crônicas (REIS et al., 2013)⁽³⁶⁾, pois isto favorece a qualidade de vida dos usuários e gera satisfação com o sistema de saúde como um todo (GHISI et al., 2013).⁽¹⁸⁾

Por sua vez, indivíduos que praticavam atividades físicas referiram avaliações positivas com maior frequência. Esse achado sugere que o melhor controle dos níveis glicêmicos e, por sua vez, do DM2, o bem-estar e a melhora na qualidade de vida proporcionados pela prática frequente de atividade física (MAGALHÃES et al., 2014)⁽³²⁾, constatada em mais da metade dos usuários participantes do presente estudo (50,2%), favorecem também a avaliação positiva da assistência recebida. Salienta-se, ainda, que a

amostra estudada foi composta majoritariamente por pessoas idosas, e a literatura indica que nesse grupo específico a atividade física favorece a capacidade funcional, sociabilidade, bem-estar, independência, vitalidade e autonomia desses indivíduos (RAMON et al., 2013).⁽³³⁾ Destarte, as orientações e o estímulo à prática frequente de atividade física deve fazer parte do elenco de serviços oferecidos pelas equipes da ESF, visando não somente ao adequado controle metabólico, mas, também, o bem-estar dos usuários.

No presente estudo, a oferta de orientações sobre alimentação adequada foi preditora para a avaliação positiva dos serviços recebidos, sendo a oferta de orientações sobre o uso correto de antidiabéticos orais e/ou insulina variável de ajuste. A relação entre orientações e atividades educativas oferecidas e a satisfação com o serviço também foi encontrada em estudo realizado em Recife (SANTIAGO et al., 2013)⁽¹⁶⁾, no qual a ausência dessas atividades ou ainda a fragilidade em seu desenvolvimento foi responsável por elevados níveis de insatisfação entre os respondentes, sendo este aspecto relacionado a dificuldades na implementação das estratégias básicas preconizadas para a ESF.

As atividades educativas junto às pessoas com DM2 se mostrou relevante em outros dois estudos (LAFAIETE; MOTTA; VILLA, 2011; SILVEIRA et al., 2010)^(5,10), nos quais a oferta de orientações sobre a doença e seu controle acarretou melhor controle glicêmico e melhor convivência com a doença. E em outro estudo realizado em uma cidade Mineira, os autores constataram que a maioria dos participantes referiu estar muito satisfeita com as “palestras” proferidas pelas equipes da ESF, e que frequentemente aplicava as orientações recebidas em seu cotidiano (PEDRONI et al., 2013)⁽³⁴⁾. Oferecer ações de promoção da saúde ao usuário, por meio de orientações, além de auxiliar o melhor controle da doença, também pode estar relacionado à maior satisfação para com o serviço (TUNG; CHANG, 2009; SANTOS; MARCON, 2014).^(21,25)

Por fim, entende-se que o acesso ao serviço de qualidade, fundamentado nos propósitos do acolhimento às demandas e necessidades dos usuários; o cuidado dispensado ao longo do tempo e de modo contínuo, e um vínculo satisfatório entre usuários e equipe, de modo a favorecer a relação interpessoal e a coordenação de cuidados como prática integrativa de ações e serviços de saúde de forma resolutiva, estão intimamente relacionados à satisfação dos usuários. Nessa perspectiva, considera-se que as posturas e estratégias adotadas pelos serviços de saúde devem garantir o acesso universal e equânime das pessoas, mediante adequada interpretação das demandas apresentadas. Não obstante, os achados apontam a avaliação positiva da assistência, por parte do usuário e, conseqüentemente, sua satisfação como importante instrumento para a medida da qualidade dos serviços de saúde, e como

norteadora para o planejamento das ações, tomada de decisão e monitoramento dos resultados dos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que a prevalência de satisfação entre as pessoas com DM2, usuárias da Atenção Primária, foi elevada. Não obstante, usuários do sexo masculino, que praticam atividade física frequentemente, que têm facilidade para mostrar o resultado dos exames ao médico da equipe, que recebem orientações sobre a alimentação adequada, que conseguem ser atendidos no mesmo dia em que vão à UBS, e que às vezes recebem os antidiabéticos orais e/ou insulina mostraram-se mais satisfeitos com a assistência recebida. Salienta-se, ainda, que o modelo logístico evidenciado não foi independente de ser atendido pelo mesmo médico, frequência de atendimento, espera para ser atendido na UBS e receber orientações sobre uso adequado dos antidiabéticos orais e/ou insulina.

Por fim, a análise da satisfação dos usuários com DM2 pode ser um indicador sensível da qualidade do serviço prestado pelas equipes da ESF por se tratar de uma doença acompanhada e tratada majoritariamente na APS. Portanto, sua avaliação e satisfação podem ser capazes de indicar hiatos na assistência e, assim, subsidiar o planejamento de programas e políticas de saúde e a maior adequação no uso dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB. Health care users satisfaction in Pernambuco State, Brazil, 2005. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1849-61.
2. Pena MM, Melleiro MM. Degree of satisfaction of users of a private hospital. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):197-203.
3. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Méd* 1990; 114:1115-18.
4. Lafaiete RS, Motta MCS, Villa TCS. Satisfação dos usuários no programa de controle da tuberculose de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011. 19(3):7telas.
5. Morais AS, Braga AT, Nicole AG, Tronchin DM, Melleiro MM. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. *Rev Enferm UERJ*. 2008;16(3):404-9.
6. Moreira TMM, Gomes EB, Santos JC. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010 dez;31(4):662-9.
7. Brito TA, Jesus CS, Fernandes MH. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia. *Rev Baiana Saude Publ*. 2012;36(2):514-26.

8. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The Cost of Satisfaction A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. *Arch Intern Med.* 2012;172(5).
9. Boulding W, Glickman SW, Manary MP, Schulman KA, Staelin R. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *Am J Managed Care.* 2011;17(1):41-8.
10. Silveira JAA, Resende HMP, Lucena Filho AM, Pereira JG. Características da assistência à saúde a pessoas com Diabetes *mellitus* acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. *O Mundo da Saúde.* 2010;34(1):43-9.
11. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):345-51.
12. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Viana LMM. Hiperdia: adherence and perception of users accompanied by the family health strategy. *Rev Rene.* 2011;12(n. esp.):930-6.
13. World Health Organization. Consultation on the definition, diagnosis and classification of diabetes *mellitus*. Geneva; 2010.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(Supl. 1):1-51.
15. Brasil. Ministério da Saúde. [Feeding Guide for the Brazilian Population: Promoting the Health Food]. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2005.
16. Mendes ACG, et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* [online]. 2009; 9(2):157-65.
17. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuário. *Cienc Saúde Coletiva.* 2013; 8(1):35-44.
18. Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S, Broge B, Bernd Reuschenbach,1 Michel Wensing. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ: Qual Saf published.* 2011 Jan; 24.
19. Ghisi F, Ceretta LB, Schwalm MT, Birollo IVB, Thomé IPS, Rodrigues F, Soratto MT. Satisfação da comunidade em relação à assistência prestada pela equipe da estratégia da saúde da família. *Rev Inova Saude.* 2013 jul; 2(1).
20. Salisbury C, Wallace M, Montgomery AA. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. *BMJ* 2010; 341:c5004. doi:10.1136/bmj.c5004
21. Rodríguez-Villamizar LA, Acosta-Ramírez N, Ruiz-Rodríguez M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2013;15(2).
22. Tung YC, Chang GM. Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education. *International Journal for Quality in Health Care.* *Int J Qual Health Care.* 2009;21(3):206–13.
23. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(9):1774-82.
24. GOMES R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. Primary healthcare for men from the user viewpoint: a qualitative study in three services in Rio de Janeiro. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2011;16(11):4513-21.
25. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Health needs and masculinities: primary health care services for men. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(5):961-970.

26. Azevedo ALM, Costa AM. a estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2010; 14(53):797-810.
27. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2013;18(1):103-14.
28. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2013;18(6):1763-72.
29. Mielczarski RG, Costa JSD, Olinto MTA. Epidemiology and organization of health services: diabetes mellitus in a community of the city of Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(1):71-8.
30. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2011; 16(Supl. 1):1029-42.
31. Spagnuolo RE, Juliane CMC, Spiri WC, Bocchi SC, Martins STF. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. *Cienc Cuid Saude.* 2012; 11(2):226-34.
32. Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis [serial on the Internet].* 2014; 24(1):127-46.
33. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Britto e Alves MTSS, Lamy ZC, Ribeiro SVO, Dias MAS, Silva RA. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(11).
34. Magalhães FJ, Mendonça LBA, Rebouças CBA, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SC. Risk factors for cardiovascular diseases among nursing professionals: strategies for health promotion. *Rev Bras Enferm.* 2014 mai-jun;67(3):394-400.
35. Ramon MM, Jules RBT, Zenilda NS, Eduardo NB, Rita NSOB, Mota TN. Saúde pública, atividade física e qualidade de vida de idosos: uma reflexão teórica. *Rev Saúde e Pesqu.* 2013; 6(2):331-7.
36. Pedroni GAM; Rosa JÁ; Almeida MEF; Guedes MH. Assistência de enfermagem prestada à pessoa idosa com hipertensão arterial. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro.* 2013; 3(2):662-9.
37. Santos AL, Marcon SS. Como pessoas com diabetes avaliam a participação familiar em seu processo de cuidado à saúde. *Invest Educ Enferm.* 2014;32(2):260-9.



7. Conclusão do Estudo

No que tange à disponibilidade do componente estrutura, observou-se importante incipiência na disponibilidade de recursos físicos, materiais e humanos para a assistência às pessoas com DM2 usuárias da APS do município. Não obstante, a ausência de capacitações para os profissionais de saúde, de consultórios individuais para a enfermagem; de espaços adequados para realização de atividades coletivas e para as atividades dos grupos de HIPERDIA, de salas de espera compatíveis, de mobiliário básico e equipamentos mínimos necessários para o atendimento/acompanhamento dos usuários com DM, entre outros muitos aspectos que foram identificados como ausentes ou incipientes, parecem prejudicar sobremaneira a prática assistencial das equipes, seu processo de trabalho, e conseqüentemente, a assistência oferecida.

No que diz respeito ao processo de assistência das equipes da ESF, do mesmo modo, os componentes do processo verificados, demonstraram insuficiência quanto às ações de educação em saúde específicas para usuários com DM2, ao diagnóstico e captação de casos novos, acompanhamento e monitoramento dos casos já cadastrados, gerenciamento das informações em saúde, oferta de educação permanente para os profissionais de saúde pelo município e ainda, quanto ao planejamento de ações das equipes da ESF. Não obstante, nem sempre uma boa estrutura leva a um bom processo de trabalho e este, por sua vez, a um bom resultado frente às ações empreendidas. Entretanto, há sim que considerar que a melhoria da atenção à saúde ocorre especialmente no âmbito do processo de trabalho integralizado, oriundo de uma estrutura que satisfaça às necessidades mínimas das equipes e dos usuários; pois os resultados, de algum modo, são sempre consequência dos recursos e ações empregadas para seu alcance.

Quanto às potencialidades e limitações da assistência às pessoas com diabetes mellitus na Atenção Básica do município de Maringá na perspectiva dos enfermeiros, foram apontados como aspectos positivos o envolvimento e comprometimento dos profissionais e do NASF nas ações do programa HIPERDIA, a oferta de atividades de promoção da saúde, a busca ativa a usuários que não aderem ao tratamento, bem como o vínculo e a satisfação dos usuários com os profissionais da equipe. Por outro lado, assinala-se como lacunas especialmente quanto ao envolvimento de todos os profissionais no planejamento e implementação das ações do programa HIPERDIA, além da fragilidade dos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis para tais ações e pouco envolvimento da família nos cuidados com a doença.

No que diz respeito à avaliação dos atributos essenciais da atenção primária na assistência às pessoas com diabetes mellitus pelos enfermeiros e usuários, a análise comparativa dos escores obtidos junto a usuários e enfermeiros aponta a existência de diferenças significativas em todos eles os atributos, sendo que, para a grande maioria deles foram encontradas maiores médias entre

os enfermeiros. Este achado merece destaque, pois sinaliza claramente que as ações que estão sendo oferecidas pelas equipes nem sempre são recebidas e percebidas da mesma forma pelos usuários. Exemplo disto é que muitos indicadores apontados pelos enfermeiros como “sempre” ou “quase sempre” presentes, muitas vezes foram referidos como “nunca” ou “quase nunca” pelos usuários.

A incompatibilidade de informações em saúde apreendidas entre usuários e enfermeiros, evidencia a fragilidade do vínculo entre profissionais e usuários, de modo a favorecer o reconhecimento das necessidades em saúde dos usuários e aspectos relacionados à doença, por parte dos profissionais, e reconhecimento das ações oferecidas, por parte dos usuários. Por exemplo, a adesão ao tratamento, considerada pelos enfermeiros como reduzida e problemática, é considerada elevada pelos usuários.

No que tange à relação entre a assistência prestada e os parâmetros de controle da doença, os resultados permitem considerá-la intermediária, ponderando a elevada prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso e as reduzidas taxas de complicações microvasculares autoreferidas e, por outro, as reduzidas taxas de adesão ao tratamento não medicamentoso e elevada prevalência de hospitalização decorrente da doença. Evidenciou-se ainda que, aspectos relacionados ao acesso organizacional e à longitudinalidade presentes no serviço, a entrega de antidiabéticos orais e/ou insulina, a elevada satisfação dos usuários com a assistência, e o estado de saúde dos usuários com DM2, constituíram fatores preditores de um melhor desfecho no cuidado prestado ao indivíduo com diabetes.

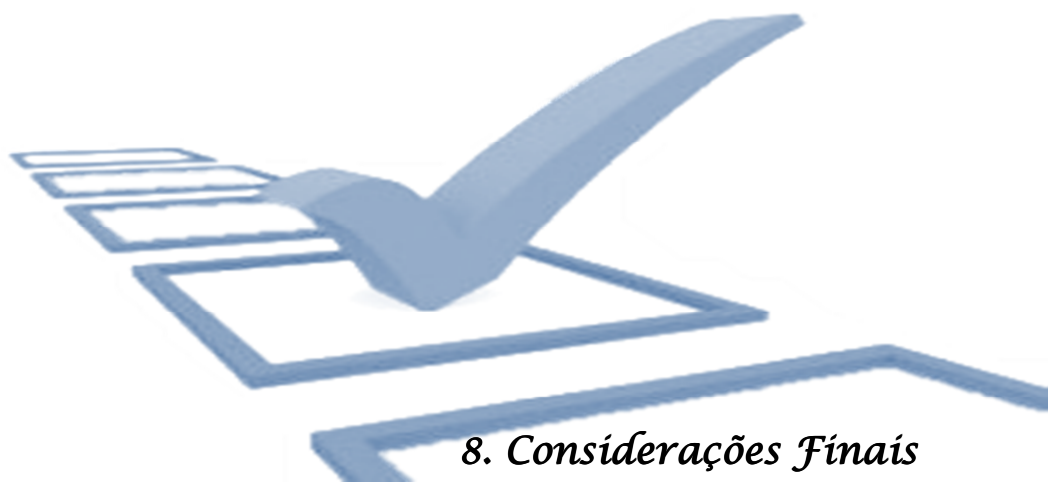
Não obstante, verificou-se que aqueles que não participam das ações de educação para saúde, que não recebem orientações relacionadas a uma alimentação adequada e que não tem os pés avaliados durante a consulta, tiveram maiores chances de adesão ao tratamento e de ausência de complicações e hospitalizações. Em um primeiro momento, estes achados causaram estranhamento, contudo, a reflexão acerca das possíveis justificativas para tais associações, permite inferir que isto se deve ao modelo de realização destas atividades que, embora destinado a todos os usuários com DM2, são realizadas com maior frequência para aqueles que já apresentam alguma morbidade/complicações decorrente da doença.

Quanto à análise da avaliação dos usuários com DM2 acerca da assistência prestada pelas equipes da ESF, esta pôde ser verificada, e os achados indicam que as variáveis relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, à longitudinalidade da assistência e ao elenco de serviços oferecidos pelas equipes, estão entre os principais motivadores desta avaliação positiva. A frequência do atendimento nos grupos de HIPERDIA, a realização de avaliação clínica individual e consulta médica durante os grupos, entrega de antidiabéticos orais e/ou insulina, oferta de orientações,

realização de atendimento pelo mesmo médico, ser atendido no mesmo dia em que vai à UBS, o tempo que demora para receber atendimento, entre outros fatores, estiveram associados à satisfação com a assistência oferecida na APS de Maringá, sendo ainda maior em usuários do sexo masculino.

Todavia, os demais achados aludem à necessidade de repensar a elevada prevalência de avaliação positiva, visto que, muitos dos aspectos apontados nas análises como associados à percepção positiva dos usuários, foram relatados como insuficientes ou inadequados durante as entrevistas abertas, de modo paralelo às questões fechadas. Avigorando esta afirmação, destaca-se que na análise dos atributos da APS na assistência prestada aos usuários com DM2, as médias obtidas, sinalizaram a inadequação de aspectos da assistência e organização do processo de trabalho das equipes, na perspectiva dos usuários; além de contradizerem aspectos outrora considerados satisfatórios por eles. Esta análise da avaliação dos usuários com DM2 pode ser um indicador sensível da qualidade do serviço prestado pelas equipes da ESF, pois, os indicam hiatos na assistência e assim, subsidiar o planejamento de programas e políticas de saúde e a maior adequação no uso dos serviços.

Os resultados obtidos no presente estudo permitem inferir que a assistência às pessoas com diabetes mellitus na APS de Maringá possui fragilidades e necessita de reformulações e adaptações, de modo a favorecer a integralidade da assistência e sua efetividade. Apesar de evidenciados fatores que podem estar associados a uma assistência efetiva e resolutiva, sobressaem falhas que podem comprometer a assistência integral às pessoas com DM2 e também. Os resultados do estudo indicam que, de modo geral, a organização da assistência, o processo de trabalho das equipes, a disponibilidade de estrutura e de recursos diversos, ainda estão voltados para o modelo biomédico, com priorização de ações curativistas em detrimento das de promoção da saúde e prevenção de agravos neste grupo específico de usuários.



8. Considerações Finais

A assistência às pessoas com DM2 prestada no âmbito da APS de Maringá-PR ainda retrata um modelo biomédico demarcado, em grande parte, pela entrega de medicamentos e ações curativistas, centrado no tratamento dos casos já instalados, e de modo mais intensificado para aqueles que já possuem morbidades relacionadas à doença. Assim sendo, pode-se afirmar que essa assistência carece de reorganização de alguns aspectos: espaços destinados ao atendimento em saúde aos usuários com DM, de modo a favorecer a integração entre profissionais de saúde e os usuários, e melhorar a captação e diagnóstico de novos casos, e o próprio processo de trabalho das equipes, no sentido de potencializar a participação de todos os profissionais que as compõem, favorecendo as discussões de casos, diagnósticos situacionais e melhor planejamento das ações realizadas, adequando-as às necessidades dos usuários e aos princípios da APS.

Não se pode ignorar que o desafio da (con)vivência com uma doença crônica como o DM2 vai além do ajustamento e adesão ao tratamento medicamentoso ou não, configurando-se como uma experiência conflituosa entre o abandono de hábitos, muitas vezes já arraigados, e empreender múltiplas adaptações necessárias ao controle da doença. Considera-se, ainda, o fato de as pessoas com diabetes, muitas vezes, não significarem a doença como grave e que requer contínuos e específicos cuidados e, por esta razão, podem se recusar ou ter dificuldades para cumprir as recomendações terapêuticas, embora até acreditem na importância da adesão para o sucesso do tratamento.

Sabe-se que a ausência de motivação para o manejo da doença e adesão ao tratamento nem sempre pode estar associada a falhas do serviço de saúde. Entretanto, diversas evidências apresentadas no presente estudo validam a importância da assistência de qualidade prestada na APS, no sentido de favorecer o autocuidado, motivar o controle adequado da doença e prevenir complicações. Acredita-se que as equipes da ESF têm um papel fundamental na assistência a esses usuários, à medida que podem atuar no âmbito individual e coletivo, implantando programas de prevenção e controle do diabetes. Os resultados encontrados reforçam a importância do fortalecimento dos atributos da APS nas ações de saúde, com ênfase para a integralidade e a longitudinalidade, de modo a priorizar as ações de promoção da saúde e minimizar a busca por serviços secundários, ou, ainda, terciários de saúde.

Algumas dificuldades foram vivenciadas para realização do presente estudo, entre as quais o agendamento das entrevistas com enfermeiros e diretores, mediante a resistência de ambos em aceitarem participar, especialmente por se tratar de uma avaliação, deixando-os receosos quanto às questões. De modo a sanar tal problemática, em alguns casos o instrumento de coleta de dados foi oferecido ao profissional previamente para que o lesse, e

apenas depois decidisse quanto à sua participação no estudo. Essa abordagem, somada à persistência de horas aguardando ao telefone para agendar as entrevistas, e nas UBS aguardando a disponibilidade dos profissionais para a entrevista e a insistência mediante o reagendamento sempre que necessário, apesar de prorrogar o período de coleta de dados, propiciou a realização de entrevistas com todos os profissionais.

Em relação à coleta de dados junto aos enfermeiros e gestores também foi um aspecto limitante o fato de as entrevistas serem realizadas nas UBS e durante o horário de seu funcionamento, o que estendia sua duração devido às muitas interrupções e pausas necessárias. Além disso, acredita-se que tal ambiente restringia a liberdade de expressão dos profissionais.

Outra limitação diz respeito à indisponibilidade de informações sobre os usuários (nomes e endereços) nas equipes, onde as informações são registradas em prontuários informatizados (sistema gestor) não havendo uma lista com tais informações de modo agrupado. Frente a esta limitação, foram solicitadas aos agentes comunitários de saúde listas secundárias com nomes e endereços de todos os usuários com DM2, residentes em sua área de atuação, com posterior agrupamento por equipe, e então se realizaram os sorteios aleatórios daqueles a serem incluídos no estudo. Vale salientar o número considerável de endereços inexistentes, usuários que haviam mudado de endereço há algum tempo, e alguns casos em que o indivíduo não tinha diagnóstico de DM2. Nesses casos, realizou-se novo sorteio, de modo a complementar o número amostral e superar tal limitação.

No que diz respeito à coleta junto aos usuários, as principais intercorrências estiveram relacionadas à dificuldade de localizar os endereços, considerando-se a dimensão do município e o tamanho da amostra; à locomoção, muitas vezes sendo necessário que o trajeto fosse feito de ônibus; e às recusas dos usuários decorrente, em parte, do receio de que os profissionais da equipe tomassem conhecimento de suas respostas. De modo a minimizar recusas, devido a esta causa, era-lhes assegurado o sigilo das informações e o cunho estritamente científico da pesquisa, sendo os dados utilizados exclusivamente para esse fim.

Finalmente, afirma-se que o presente estudo atendeu aos objetivos previamente propostos, mas não esgotou o assunto, indicando a necessidade de outros estudos, preferencialmente com desenho qualitativo. Acredita-se que esses achados, somados a dados qualitativos, poderiam melhor retratar os hiatos e potencialidades da assistência às pessoas com DM2 no município. Todavia, os resultados aqui apresentados já podem subsidiar mudanças na forma de organizar e implementar ações de saúde voltadas para as pessoas com DM2, de modo a torná-las ainda mais efetivas e de qualidade.



9. Implicações para a Enfermagem

Frente à importância da assistência de enfermagem às pessoas com DM na APS, acredita-se que os resultados deste estudo apontam implicações importantes para o ensino, a pesquisa e a prática da enfermagem.

Em relação ao **Ensino**, este estudo alerta para a importância e necessidade de preparar os futuros profissionais para o atendimento integral às pessoas com DM, de modo a permitir que eles estejam aptos para realizar a estratificação de risco, a utilizar as informações produzidas no cotidiano dos serviços para avaliar a situação de saúde dos usuários, a prestar um cuidado individualizado e específico com reconhecimento de agravos e prevenção de complicações. Em seus depoimentos, os enfermeiros foram enfáticos ao revelarem a insipiência na oferta de educação continuada voltada para o cuidado em DM, por parte da Secretaria de Saúde do município. Estas ocorrem com reduzida frequência e contam com a participação de poucos profissionais das equipes, o que fragiliza a multiplicação e continuidade das práticas nela orientadas. Ademais, os enfermeiros sugeriram a realização de oficinas para debate e troca de experiências, especialmente em relação a práticas que foram exitosas e também discussão daquelas que não foram, de modo a identificar os fatores que interferem.

No tocante à **Pesquisa**, aponta-se a experiência positiva na utilização da metodologia, que permitiu vislumbrar a opinião dos três atores maiores da assistência em APS, que são diretores, enfermeiros das equipes e usuários. Deste modo, foi possível constatar diversas diferenças e semelhanças na perspectiva de cada um deles, que variam de acordo com o ator investigado, somados à grande diversidade de aspectos que permeiam o cuidado, os quais devem ser considerados ao propor uma avaliação.

Todavia, ao apontar, em um mesmo estudo, a perspectiva destes três atores, os resultados podem ser apresentados ao gestor municipal e utilizados como ferramenta de avaliação dos serviços de atenção primária, subsidiando a tomada de decisões para a estruturação e a organização local da assistência ao diabetes mellitus, de modo a melhor atender às necessidades de saúde dos doentes e familiares. Os achados, portanto, sugerem a necessidade de reformulações na organização, estruturação e práticas assistenciais, e ainda, a importância de realizar mais estudos de cunho avaliativo, visto que estes promovem uma maior visibilidade de pontos fortes e fracos, necessidades de ajustes visando melhora na efetividade e eficácia das ações, além de reconhecimento das práticas assertivas e exitosas.

No que tange a **Prática**, os resultados confirmam a pluralidade da participação do enfermeiro nas equipes da ESF, assumindo um papel decisivo e proativo. Os enfermeiros relataram terem múltiplas funções nas equipes da ESF tais como a oferta de assistência, por

meio do acolhimento à demanda espontânea, das consultas de enfermagem, supervisão e qualificação da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde, gerenciamento das equipes, por meio de reuniões com os profissionais e organização das ações empreendidas, e fechamento de relatórios mensais.

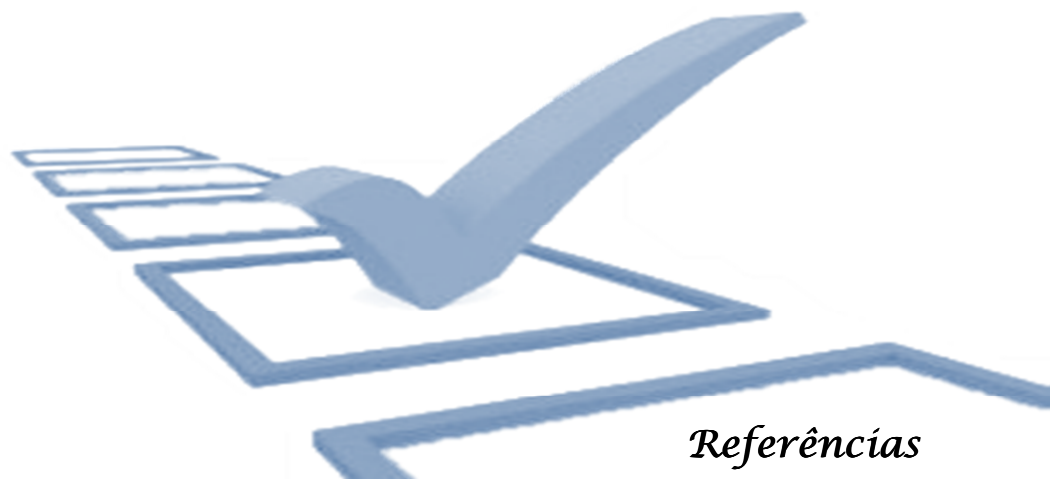
Em meio a tantas funções e demandas, e nem sempre podendo contar os demais profissionais da equipe, vários foram os relatos de sobrecarga de trabalho, dificultando a implementação de sua essência maior na APS, o cuidado às necessidades de saúde. Este aspecto foi confirmado ao verificar o reduzido número de consultas de enfermagem junto às pessoas com DM cadastradas, bem como de realização de práticas educativas junto a estas pessoas, visto ser esta uma das ações mais preconizadas pelo Ministério da Saúde, junto com o monitoramento de aspectos clínicos.

Nesse sentido, ao entrevistar os usuários constatamos que a grande maioria não soube informar, durante as entrevistas, o nome do enfermeiro de sua equipe da ESF, confundindo com os técnicos de enfermagem ou agentes comunitários de saúde; além de referirem jamais ter passado por uma consulta de enfermagem na UBS. Este achado sinaliza a necessidade do enfermeiro colocar-se de modo mais expressivo na APS, demarcando melhor sua atuação profissional, além de apresentar-se aos usuários como enfermeiro da equipe e reforçar, por meio de atuação diferenciada, sua posição de ator fundamental na assistência às pessoas com DM.

Não obstante, os resultados apontam para a importância do preparo profissional voltado para a realização de diagnósticos situacionais, de modo a reconhecer necessidades, perfil, situações de risco, pontos considerados fortes e fracos na assistência e formas de otimizar as intervenções realizadas pela equipe, especialmente por meio da utilização das informações em saúde tão ricamente disponíveis nos sistemas. Sabe-se que apenas a qualificação profissional, por si só, não garante a eficácia do processo de atenção à saúde dos usuários. Contudo, acredita-se que munidos de informações e devidamente capacitados, profissionais de saúde podem superar limitações existentes quanto à oferta de recursos e direcionar suas ações às reais necessidades, de modo a melhor utilizar os recursos disponíveis.

Salienta-se que o enfermeiro deve lançar novos olhares para a atuação profissional, com intuito de superar as práticas assistencialistas, ultrapassar normas e rotinas inflexíveis e avançar para além do cuidado pontual e unidimensional. Para tanto, ele necessita adotar novas abordagens de intervenção em saúde, a partir de práticas educativas criativas e inovadoras de cuidado em Enfermagem/saúde e voltadas para a promoção e educação em saúde, no sentido

de possibilitar a ampliação da rede de interações para: cuidado em saúde, possibilitando/favorecendo a participação dos usuários como autores da sua própria história.



Referências

ADVANCE COLLABORATIVE GROUP; PATEL, A.; MACMAHON, S.; CHALMERS, J.; NEAL, B.; BILLOT, L. WOODWARD, M.; MARRE, M.; COOPER, M. et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. **N. Engl. J. Med.**, v. 358, n. 24, p. 2560-2572, 2008.

ALBUQUERQUE, F. J. B. de; MELO, C. F. de. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, DF, v. 26, n. 2, p. 323-330, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-37722010000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=PT>. Acesso em: 22 jun. 2014.

ALENCAR, A. M. P. G. **Avaliação da atenção em diabetes mellitus no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-Ceará**. 2013. Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

ALENCAR, A. M. P. G.; SILVA, M. J. da; DAMASCENO, M. M. C.; FREITAS, R. W. J. F. de; ARAÚJO, M. F. M. de. Complicações da pele relacionados à aplicação da insulina: um estudo exploratório. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 75-81, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c331459321a2.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2013.

ALENCAR, A. M. P. G.; ZANETTI, M. L.; ARAÚJO, M. F. M.; FREITAS, R. W. J. F.; MARINHO, N. B. P.; DAMASCENO, M. M. C. Assessment of outcomes in a service of secondary care for patients with Diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 614-618, 2012.

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1337-1349, 2009.

AL-KHAWALDEH, A. O.; AL-HASSAN, M. A.; FROELICHER, E. S. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. **Journal of Diabetes and its Complications**, New York, v. 26, no. 1, p. 10-16, Jan./Feb. 2012. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2011.11.002.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de saúde (SUS) em nível local**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ALMEIDA, F. N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: Medsi: Guanabara Koogan, 2006.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista**

Panamericana de Salud Pública, Washington, DC, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios a coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução a epidemiologia**. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspects determinants of adherence to treatment of hypertension and diabetes in a primary care unit in the state of São Paulo. **Journal of Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 30, no. 3, p. 255-260, 2012.

AMERICAN DIABTES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes- 2012. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 35, p. S11-S63, Jan. 2012a. Suppl. 1. doi: 10.2337/dc12-s011. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11.full>. Acesso em: 12 mar. 2013.

AMERICAN DIABTES ASSOCIATION. National standards for diabetes self-management education. **Diabetes Care**, New York, v. 35, p. S101-S107, Jan. 2012. Suppl. 1.

AMERICAN DIABTES ASSOCIATION; ZIMMERMAN, B. R.; WALKER, E. A. **Guia completo sobre diabetes da American Diabetes Association**. Rio de Janeiro: Anima, 2002.

ANSARI, Z.; LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Medical Care Research and Review**, Thousand Oaks, v. 63, no. 6, p. 719-741, 2006.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.; BARRETO, M. Impact of the Family health program on infant mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, New York, v. 99, p. 87-93, 2008.

ARACELI, M. M.; FONTENELE, S. M. A. A.; CÂMARA, J. T. Avaliação do programa nacional de atenção à hipertensão e diabetes: satisfação dos usuários de uma unidade básica de saúde em Caxias - MA. **Caderno de Pesquisa**, São Luís, v. 19, n. 1, jan./abr. 2012.

Disponível em:

<<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/936/624>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

ARAÚJO, M. F.; GONÇALVES, T. C.; DAMASCENO, M. M. C.; CAETANO, J. A. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 361-367, 2010.

ARRELIAS, C. C. A. **Adesão dos usuários dos serviços de saúde ao tratamento em diabetes**: desafios para a integralidade na atenção primária. 2013. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2013.

ASSUNÇÃO, M. C. F. **Fatores relacionados ao controle do diabetes mellitus em pacientes atendidos na rede de atenção primária à saúde**. 2002. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina Pelotas, Pelotas, 2002.

AZEVEDO, A. L. S.; SILVA, R. A.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L. A. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 14, n. 53, p. 797-810, 2010.

BAKEERA, S. K.; WAMALA, S. P.; GALEA, S.; STATE, A.; PETERSON, S.; PARIYO, G. W. Community perceptions and factors influencing utilization of health services in Uganda. **International Journal for Equity in Health**, [London], v. 8, p. 25, 2009

BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. The perspective of health professional on access to Primary Health Care. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BARRETO, M. S. **Prevalência de não-adesão à terapêutica farmacológica e do inadequado controle pressórico em indivíduos com hipertensão arterial em Maringá – Paraná**. 2012. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

BARROS, M. B. A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, p. 6-19, 2008. Suplemento 1.

BARROS, M. B. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETTA, L. M.; CESAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, out./dez. 2011.

BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. The perspective of health professionals on access to Primary Health Care. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BATISTA, S. R. R.; JARDIM, P. C. B. V.; SOUSA, A. L. L.; SALGADO, C. M. Hospitalizations due to primary care sensitive cardiovascular conditions in municipalities of Central-West Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012.

BEATON, S. J.; NAG, S. S.; GUNTER, M. J.; GLEESON, J. M.; SAJJAN, S. S.; ALEXANDER, C. M. Adequacy of glycemic, lipidic, and blood pressure management for patients with diabetes in a managed care setting. **Diabetes Care**, New York, v. 27, no. 3, p. 694-698, Mar. 2004.

BERTOLUCI MC et al. Diabetes and cardiovascular disease: from evidence to clinical practice – position statement 2014 of Brazilian Diabetes Society. **Diabetology & Metabolic**

Syndrome, [London], May v. 20, no.6, p. 58, May 2014. doi: 10.1186/1758-5996-6-58. eCollection.

BEZERRA FILHO, J. G.; KERR, L. R. F. S.; MINÁ, D. L.; BARRETO, M. L. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará/Brasil, no período 2000-2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1173-1185, 2007.

BILLINGS, J.; ANDERSON, G. M.; NEWMAN, L. S. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Aff**, Milwood, v. 15, no. 3, p. 229-249, 1996.

BLACK, A. D.; CAR, J.; PAGLIARI, C.; ANANDAN, C.; CRESSWELL, K. et al. The Impact of e Health on the Quality and Safety of Health Care: a systematic overview. **Public Library of Science**, San Francisco, v. 8, no. 1, p. e1000387. doi: 10.1371.

BOOTH, G. L.; HUX, J. E. Relationship between avoidable hospitalizations for diabetes mellitus and income level. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 163, no. 1, p. 101-106, 2003.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BOTTLE, A.; MILLETT, C.; XIE, Y.; SAXENA, S.; WACHTER, R. M.; MAJEED, A. Quality of primary care and hospital admissions for diabetes mellitus in England. **Journal of Ambulatory Care Management**, Germantown, v. 31, p. 226-238, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18574381>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BOULDING, W.; GLICKMAN, S. W.; MANARY, M. P.; SCHULMAN, K. A.; STAELIN, R. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. **The American Journal of Managed Care**, Old Bridge, v. 17, no. 1, p. 41-48, 2011.

BRADBENT, E.; DONKIN, L.; STROH, J. C. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. **Diabetes Care**, New York, v. 34, no. 2, p. 338-340, Feb. 2011. doi: 10.2337/dc10-1779.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. Aprovação das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466** – 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 18 jul. 2014.

V

BRASIL. Ministério da Saúde. Feeding guide for the brazilian population: promoting the health food. Serie A. **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes**. Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* no Brasil**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação. **Avaliação da melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF, 2005. Caderno de avaliação n.2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília, DF; 2008. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes *mellitus***. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes *Mellitus*: normas e manuais técnicos**. Brasília, DF, 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, série A.

_____. DATASUS. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 10 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia saúde da família: consulta personalizada**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 25 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil**. Brasília, DF, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/miolo_saude_familia.pdf>. Acesso em: 30 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 493, de 13 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre

municípios, estados e o Ministério da Saúde). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 mar. 2006, Seção 1, p. 45-52, 2006d.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF, 2005. 6 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, DF, [2009?]a . Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 30 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: Vigitel 2012**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – PROESF**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diab.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Brasília, DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 204, out. 2011. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/portaria-2488201>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2001.

_____. **Doenças crônico degenerativas: evolução e tendências atuais**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria n° 676 GM/MS de 03 de junho de 2003. Brasília, DF, out. 2003. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atenção_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_AtencaoBasica.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTRADIOPOULOS, A.; HARTZ Z (Org.). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 292.

BRITO, T. A.; JESUS, C. S.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 514-526, 2012.

BUSE, J. B.; GINSBERG, H. N.; BAKRIS, G. L. et al. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, New York, v. 30, no. 1, p. 162-172, 2007.

CAMERON, A.; ROUBOS, I.; EWEN, M.; MANTEL-TEEUWISSE, A. K.; LEUFKENS, H. G. M.; LAING, R. O. Differences in the availability of medicines for chronic and acute conditions in the public and private sectors of developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 89, p. 412-421, 2011.

CAMINAL, J.; STARFIELD, B.; SÁNCHEZ, E. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **European Journal Public Health**, Oxford. v. 14, p. 246-251, 2004.

CAMINAL-HOMAR, J.; CASANOVA-MATUTANO, C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory cares ensitive conditions. Marco conceptual. **Atención Primaria**, Madrid, v. 31, p. 61-65, ene. 2003.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Hospitalization for primary care-sensitive conditions in Campo Grande, Mato Grosso do Sul State, Brazil, 2000-2009. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.. doi: 10.1590/S0102-311X2012000500004.

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S. Non-communicable chronic diseases: performance of medical care in Primary Health Care in southern Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1143-1153, jun. 2011.

CARDOSO, C. S.; PÁDUA, C. M.; RODRIGUES-JÚNIOR, A. A.; GUIMARÃES, D. A.; CARVALHO, S. F.; VALENTIN, R. F. et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 34, n. 4, p. 227-234, 2013.

CARMAGNANI, M. I. S.; D'INNOCENZO, M.; LABBADIA, L. L.; GRANDE, N. S.; FLOGLIANO, R. R. F.; Avaliação da satisfação do paciente atendido no hospital de São Paulo. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 39, p. 61-64, abr./jun. 2008.

CARTWRIGHT, A. Human relations and hospital care. **Reports of the Institute of Community Studies**, [S.l.], v. 9, p. 251- 254, 1964.

- CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA, J. E. G.; CUNHA, C. P. Adherence to Drug Treatment among registered users in the “HIPERDIA” Program in Teresina in the State of Piauí. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012.
- CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B. Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of different types of services. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-17784, 2012.
- CECILIO, H. P. M. **Avaliação dos serviços de atenção primária no controle da tuberculose**: perspectiva de profissionais da 15ª Regional de Saúde do Paraná. 2013. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.
- CERQUEIRA, R. S. A. F. **O controle da diabetes tipo 2 nos cuidados primários**. 2009. 121f. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal, 2009.
- CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A; HARTZ, Z.; DENNIS, J. L. L’evaluation dans le domaine de lasanté: concepts e methods. In: _____. **L’evaluation**: concepts am methods. Montréal: Les Press de l’Université de Montreal, 2009. p. 35-56.
- CHANG, C.; STUKEL, T. A.; FLOOD, A. B.; GOODMAN, D. C. Primary Care Physician Workforce and Medicare Beneficiaries’ Health Outcomes. **JAMA**, Chicago v. 305, no. 20, p. 2096-20104, 2011. doi: 10.1001/jama. 2011.665.
- CHUNG, A. **Avaliação do impacto o programa saúde da família sobre os municípios do Rio Grande do Sul, de 2005 a 2010**. 2013. Dissertação (Mestrado)-Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- CLARES, J. W. B.; SILVA, L. M. S.; DOURADO, H. H. M.; LIMA, L. L. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 604-609, out./dez. 2011.
- CONSTANTINO, M. I.; et al. Long-term complications and mortality in Young-onset diabetes: type 2 diabetes is more hazardous and lethal than type 1 diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 36, p. 3863-3869, 2013.
- CONTANDRIOPOULOS, AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Revista de Ciência de Saúde Coletiva**, v.10, n. 3, p. 705-711, 2006.
- CONTRANDIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- COSER, L. A. Some functions of deviant behavior and normative flexibility. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 68, no. 2, p. 172-181, 1962.
- COSER, L. A. **The functions of social conflict**. Glencoe: Free Press. 1956.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. The implementation analysis of the arterial hypertension care by the Family Health teams in Recife city (Pernambuco, Brazil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 623-633, 2011.

COSTA, J. S. D.; REIS, M. C.; FILHO, C. V. S.; LINHARES, R. S.; PICCININI, F.; FANTINEL, E. Prevalence of hospitalization and associated factors in Pelotas, Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 5, p. 923-933, 2010.

CRUZ, M. M.; SANTOS, E. M. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Org.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007. p. 267-284.

CULL, C. A.; JENSEN, C.C.; RETNAKARAN, R. et al. Impact of the metabolic syndrome on macrovascular and microvascular outcomes in type 2 diabetes *mellitus*: United Kingdom Prospective Diabetes Study 78. **Circulation**, Dallas, v. 116, no. 19, p. 2119-2126, Nov. 2008.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, s. 1, p. 1029-1042, 2011.

DAVID, G. F.; TORRES, H. C.; REIS, I. A. Atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em diabetes *mellitus* na atenção primária. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 4, p. 758-766, 2012.

DELLARETTI FILHO, O. **As sete ferramentas do planejamento da qualidade**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Engenharia. Fundação Christiano Ottoni, 1996.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DÍAZ-GRAJALES, C.; ZAPATA-BERMÚDEZ, Y.; ARISTIZÁBAL-GRISALES, J. C. Access to preventive services in contributive and subsidized regimes of health in a (slums) stratum two neighborhood of the city of Cali. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 10, n. 21, p. 153-175, 2011.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, no. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. **La Prensa Mexicana**, México, DF, 1984.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v. 1, p. 228.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality.

Archives of Pathology & Laboratory Medicine, Chicago, v.114, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN. The assessment of technology and quality. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, Cambridge, v. 4, p. 487-496, 1988.

DUARTE, M. V.; AGUILERA, C. C. E.; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da estratégia saúde da família pela perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014.

DUCKWORTH, W.; ABRAIRA, C.; MORITZ, T.; REDA, D.; EMANUELE, N.; REAVEN, P. D.; ZIEVE, F. J.; MARKS, J.; DAVIS, S. N. et al. Glucose control and vascular complication in veterans with type 2 diabetes. **New England Journal of Medicine**, Melbourn, v. 360, no. 2, p. 129-139, 2009. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0808431>>

DUNCAN, B. B. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC: Health Services Research**, London, v. 6, n. 156, p. 1-13, Dec. 2000.

D'INNOCENZO, M. **Grupo de Estudos e Pesquisas em Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde e Enfermagem (GEPAV-SE)**. Disponível em:

<<http://www.unifesp.br/denf/pg/processo-seletivo/gepav-se>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

ELIS, A.; ROSENMAN, L.; CHODICK, G.; HEYMAN, N. A. D.; KOKIA, E.; SHALEV, V. The association between glycemic, lipidic and blood pressure control among Israel diabetic patients. **QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians**, Oxford, v. 101, no. 4, p. 275-280, Feb. 2008.

FACCHINI, L.; PICCINI, R.; TOMASI, E.; SILVEIRA, E.; SIQUEIRA, F.; RODRIGUES, M. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 669-681, 2006.

FANG, R.; KMETIC, A.; MILLAR, J.; DRASIC, L. Disparities in chronic disease among Canada's low – income populations. **Preventing Chronic Disease**, Canada, v. 6, no. 4, p.115, 2009.

FARIA, H. T.; RODRIGUES, F. F.; ZANETTI, M. L.; ARAÚJO, M. F.; DAMASCENO, M. M. Factors associated with adherence to treatment of patients with diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013.

FARIA, H. T. G. **Desafios para a atenção em saúde: adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no município de Passo, MG**. 2011. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004.

FENTON, J. J.; JERANT, A. F.; BERTAKIS, K. D.; FRANKS, P. The Cost of Satisfaction A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. **Archives of Internal Medicine**, v. 172, n. 5, 2012.

FERNANDES, V. B. L. et al. Hospitalizations sensitive to primary care as an evaluation indicator for the Family Health Strategy. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009.

FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. HIPERDIA: adherence and perception of users accompanied by the family health strategy. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, p. 930-936, 2011.

FONTENELE, A. M. M.; ALVES, S. M. A.; CÂMARA, J. T. Evaluation of the National Program of Attention to Hypertension and Diabetes: the user's satisfaction of a basic health unit in Caxias-MA. **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 19, n. 1, jan./abr. 2012.
<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/936/624>
>.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolution of prevalence of diabetes and associated hypertension in Brazil: analysis of National Household Sample Survey, 1998, 2003 and 2008. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 1. p.7-19, jan./mar. 2012.

FRIEDBERG, M. W.; HUSSEY, P. S.; SCHNEIDER, E. C. Primary Care: A Critical Review of The Evidence on Quality and Costs of Health Care. **Health Affairs**, [S.l.], v. 29, no. 5, p. 766-772, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Projeto-Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Relatório final.

FUNNELL, M. M. et al. National standards for diabetes self management education. **Diabetes Care**, New York, v. 31, p. 87-94, 2008. Supplement 1.

GAEDE, P.; LUND-ANDERSEN, H.; PARVING, H. H. et al. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. **New England Journal of Medicine**, New York, v. 358, no. 6, p. 580-591, 2008.

GARCIA-SUBIRATS, I.; VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S.; PAEPE, P.; SILVA, M. R. F.; UNGER, J. P. et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. **International Journal for Equity in Health**, [London] v. 13, no. 10, Jan. 2014. doi: 10.1186/1475-9276-13-10.

GENÉ-BADIA, J.; ESCARAMIS-BABIANO, G.; SANS-CORRALES, M.; SAMPIETRO-COLOM, L.; AGUADO-MENGUY, F.; CABEZAS-PEÑA, C.; PUELLES, P. G. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. **Health Policy**, Amsterdam, v. 80, no. 1, p. 2-10 Jan. 2007.

GHISI, F.; CERETTA, L. B.; SCHWALM, M. T.; BIROLLO, I. V. B.; THOMÉ, I. P. S.;

RODRIGUES, F.; SORATTO, M. T. Satisfação da comunidade em relação à assistência prestada pela equipe da estratégia da saúde da família. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 2, n. 1, jul. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/index.php/Inovasauade/article/viewFile/889/1257>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

GIBSON, O. R.; SEGAL, L.; McDERMOTT, R. A. A systematic review of evidence on the association between hospitalization for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. **BMC: Health Services Research**, London, v. 13, p. 336, 2013.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2010.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária a saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GIROTTI, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GODOY, A. S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, Recife, v. 3, n. 2, p. 81-89, maio/ago. 2005.

GOMES, R.; REBELLO, L. E. F. S.; NASCIMENTO, E. F.; DESLANDES, S. F., MOREIRA, M. C. N. Primary healthcare for men from the user viewpoint: a qualitative study in three services in Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4513-4521, 2011.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. Adherence of people with type 2 diabetes *mellitus* to drug treatment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 268-273, mar./abr. 2014.

GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E.; ZILS, A. A.; DUNCAN, B. B. Primary health care quality and diabetes care. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 235-43, out./dez. 2013.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L. User satisfaction in the Brazilian health system: associated factors and regional differences. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. Health care user satisfaction in Pernambuco State, Brazil, 2005. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1849-1861, 2011.

HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde - teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008..

HARTZ, Z. M. A. SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

HARTZ, Z. M.; CONTRADIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2.

HEMMI, A. P. A.; PENNA, C. M. M. A construção social da estratégia saúde da família na perspectiva de usuários. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 235-242, 2012.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

IBGE. **Economia**. 2013. Disponível em:

<http://economia.terra.com.br/noticias/noticia.aspx?idNoticia=200809241300_RE_77452203>. Acesso em: 26 mar. 2013.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas**. 6th ed. Bruxelas, 2013. Disponível em: <<http://www.idf.org/g/diabetesatlas>>. Acesso em: 23 ago. 2013.

KAPLAN, M. S.; HUGUET, N.; FEENY, D. H.; MCFARLAND, B. H. Self reported hypertension prevalence and income among older adults in Canada and the United States. **Social Science & Medicine**, v. 70, no. 6, p. 44-849, Mar. 2010. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.019.

KEECH, A. C.; MITCHELL, P.; SUMMANEN, P. A. et al. Effect of fenofibrate on the need for laser treatment for diabetic retinopathy (FIELD study): a randomized controlled trial. **Lancet**, New York, v. 370, p. 1687-1697, 2007.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no programa saúde da família? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1533-1541, 2010.

KIGULI, J.; EKIRAPA-KI RACHO, E.; OKUI, O.; MUTEBI, A.; MACGREGOR, H.; PARIYO, G. W. Increasing access to quality health care for the poor: Community perceptions on quality care in Uganda. **Patient Preference and Adherence**, New Zealand, v. 3, p. 77-85, Nov. 2009.

KONTOPANTELIS, E.; ROLAND, M.; REEVES, D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. **BMC: Family Practice**, v. 11, n. 61, Aug. 2010. doi: 10.1186/1471-2296-11-61.

LACERDA, M. R.; LABROCINI, L. M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 359-364, 2011.

LAFAIETE, R. S.; MOTTA, M. C. S.; VILLA, T. C. S. Satisfação dos usuários no programa de controle da tuberculose de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, [07 telas], maio/jun. 2011.

LEE, J. H. Development of the Korean primary care assessment tool-measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **International Society for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 21, no. 2, p. 103-111, Apr. 2000. doi: 10.1093/intqhc/mzp007.

LEMOS, C.; CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. Sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS: revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 177-185, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a22.htm>>. Acesso em: 4 out. 2012.

LENTSCK, M. H. **Internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária no estado do paraná**. 2013. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná. 2013.

LEVESQUE, J. F.; PINEAULT, R.; PROVOST, S.; TOUSIGNANT, P.; COUTURE, A.; DA SILVA, R. B. et al. Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Quebec province: Montreal and Monteregie. **BMC: Family Practice**, London, v. 11, p. 95, Dec. 2010. doi: 10.1186/1471-2296-11-95.

LIMA, L. M.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; ZILLMER, J. G. V.; LUDTKE, I. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 323-329, jun. 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I. Associated Factors to the Use and the Satisfaction with Health Services among National Health System Users in the Metropolitan Region of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 17, n. 4, p. 247-257, out./dez. 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. A comparison of the Family Health Strategy to other sources of healthcare: utilization and quality of health services in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1370-1380, 2013.

LOPEZ, M. I. V.; MORATA, J. L. G.; JIMENEZ, M. M.; LOPEZ, M. M. V.; CAVANILLAS, A. B. To identify primary care interventions that reduce hospitalization of people over 65 due to ambulatory care sensitive conditions [in Spanish]. **Atencion Primaria**, Barcelona, v. 39, n. 10, p. 525-532, 2007.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.; SOUZA, M. Evaluation of the impact of Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, p. 13-9, 2006.

MACINKO, J.; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A.; GUANAIS, F. C.; BONOLO, P. F.; LIMA-COSTA, M. F. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **American Journal of Public Health**, New York, v. 101, no. 10, p. 1963-1970, 2011. doi: 10.2105/AJPH.2010.198887.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; ERINOSHIO, T. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. **Journal Ambulatory Care Manage**, Germantown, v. 32, no. 2, p. 150-171, Apr./ June 2009. doi: 10.1097/JAC.0b013e3181994221.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. 2011. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011.

MAGALHÃES, F. J.; MENDONÇA, L. B. A.; REBOUÇAS, C. B. A.; LIMA, F. E. T.; CUSTÓDIO, I. L.; OLIVEIRA, S. C. Risk factors for cardiovascular diseases among nursing professionals: strategies for health promotion. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 3, p. 394-400, maio/jun. 2014.

MAIA, C. S.; FREITAS, D. R. C.; GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. Perceptions on the quality of services relating to women's healthcare. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2567-2574, 2011.

MALDONATO, A. The Diabetes Education Study Group of the EASD and its activities to improve the education of people with diabetes. In: PORTA, M.; MISELLI, V.; TRENTO, M.; JORGENS, V. (Ed.). **Emdebbing education into diabetes practice**. Basel: Karger Front Diabetes. 2005. v. 18, p. 40-50.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, New York, v. 15, p. 1509-1516, 1992.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. **Manag Care**, Langhorne, v. 18, no. 6, p. 44-48, June 2009.

MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, G. B. Brazilian Strategic Action Plan to Combat Chronic Non-communicable Diseases and the global targets set to confront these diseases by 2025: a review. **Revista Epidemiologia e Serviços da Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan./mar. 2013.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. **Plano de gestão 2005-2012**. Disponível em: http://www.maringa.pr.gov.br/plano_diretor/indice.php. Acesso em: 14 maio 2009.

MARQUEZ-CALDERON, S.; AGUILA, M. M. R. D.; PEREA-MILLA, E.; ORTIZ, J.; BERMUDEZ-TAMAYO, C. Factors associated with hospitalization for ambulatory care sensitive conditions in municipalities [in Spanish]. **Gaceta Sanitaria**, [Barcelona], v. 17, n. 5, p. 360-367, Sep./Oct. 2003.

MATHIAS, T. A. F.; MELLO JORGE, M. H. P. Hospitalização e mortalidade em idosos: um exercício de análise comparativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 25-36, 2005.

MATTOS, P. E.; LUZ, L. L.; SANTIAGO, L. M.; MATTOS, I. E. Trends in mortality of diabetes *mellitus* patients in Brazilian capitals, 1980-2007. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 39-46, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302012000100007&lng=en>. Acesso em: 14 jun. 2013.

MAZZE, R.; SOMONSON, G.; STROCK, E.; BERGENSTAL, R.; IDROGO, M.; RAMIREZ, S.; HSU, S. Staged diabetes management a systematic evidence-based approach to the prevention and treatment of diabetes and its co-morbidities. **Practical Diabetes International**, Chichester, v. 18, p. S1-S16, Oct. 2001. Supplement 7.

MEDINA, M. G., et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EduFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-91.

MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. **Qualidade e avaliação de serviços de saúde e de enfermagem**. Disponível em: <<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.sjp?grupo=0067404Y6FR18I>>. Acesso em: 20 maio 2012.

MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. Percepção de acompanhantes-usuários e enfermeiros sobre a qualidade assistencial em unidades pediátricas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 646-651, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF: OPAS; 2012.

MENDES, A. C. G. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIYAR-OTERO, L.; ARRELIAS, C. C. A.; LIMA, Y. C. I.; PENA, F. P. S.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Seguimento de pacientes com diabetes *mellitus* em um serviço de atenção básica: parâmetros clínicos e laboratoriais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 423-428, jul./set. 2010.

MIELCZARSKI, R. G.; COSTA, J. S. D.; OLINTO, M. T. A. Epidemiology and organization of health services: diabetes mellitus in a community of the city of Porto Alegre. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 71-78, 2012.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M.; GIMENO, S. G. A.; MONDINI, L. Diabetes mellitus prevalence and associated factors in adults in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2006: OBEDIARP Project. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-941, 2010.

MORAIS, A. S.; BRAGA, A. T.; NICOLE, A. G.; TRONCHIN, D. M.; MELLEIRO, M. M. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 404-409, 2008.

MORAIS, J. O. **A qualidade na prestação de serviços de saúde**: uma análise a partir da percepção dos profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família no município de Patos - PB. 2013. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual da Paraíba, Pernambuco, 2013.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 662-669, dez. 2010.

MOREIRA, R. M.; TEIXEIRA, J. R. B.; SALES, Z. N.; BOERY, E. N.; BOERY, R. N. S. O.; MOTA, T. N. Saúde pública, atividade física e qualidade de vida de idosos: uma reflexão teórica. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 331-337, 2013.

MOREIRA JUNIOR, E. D.; NEVES, R. C.; NUNES, Z. O.; ALMEIDA, M. C.; MENDES, A. B.; FITTIPALDI, J. A.; ABLAN, F.; VENEZUELAN DIABETES INVESTIGATORS' GROUP. Glycemic control and its correlates in patients with diabetes in Venezuela: results from a nationwide survey. **Diabetes Research and Clinical Practice**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, p. 407-414, Mar. 2010.

MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. Equipe multiprofissional em saúde da família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 379-389, 2010.

MOURA, B. L. A.; CUNHA, R. C.; FONSECA, A. C. F.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; VILASBÔAS, A. L. Q. et al. Primary health care: the structure of units as a component of health care. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 10, p. 69-81, nov. 2010.

MOURA, R.; RODRIGUES, A. L. Como andam Curitiba e Maringá / Organizadoras Rosa Moura, Ana Lúcia Rodrigues. - Rio de Janeiro: **Letra Capital**: Observatório das Metrôpoles, 2009.

NASCIMENTO, A. P. S.; SANTOS, L. F.; CARNUT, L. Primary health care via family health strategy in Unified Health System: introduction to the problems inherent in the operation of their actions. **Journal Management Primary Health Care**, [S.l.], v. 2, no. 1, p. 18-24, 2011.

NASSER, J. Evaluation of diabetes care in a primary care setting. **Bahrain Medical Bulletin**, London, v. 29, no. 2, p. 1-9, June, 2007.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTÍN, M.; et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

- NIEFELD, M. R.; BRAUNSTEIN, J. B.; WU AW, et al. Preventable hospitalization among elderly Medicare beneficiaries with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 26, no. 5, p.1344-1349, 2003.
- NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 20, s. 2, p. 147-173, 2004.
- PICCINI, R.; FACCHINI, L.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.; SIQUEIRA, F.; et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Maternal Infantil**, Recife, v. 7, p. 75-82, 2007.
- OBRELI-NETO, P. R.; PRADO, M. F.; VIEIRA, J. C.; FACHINI, F. C.; PELLOSO, S. M.; MARCON, S. S. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do município de Salto Grande – SP, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 31, n. 3, p. 229-233, 2010.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, p. 158-164, 2013.
- MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Maringá, 2010.
- OROZCO-BELTRAN, D.; GIL-GUILLEN, V. F.; QUIRCE, F.; NAVARRO-PEREZ, J.; PINEDA, M.; GOMEZ-DE-LA-CAMARA, A. et al. Collaborative diabetes study group investigators. Control of diabetes and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care. The gap between guidelines and reality in Spain. **International Journal of Clinical Practice**, Oxford, v. 61, p. 909-915, 2007.
- PASCOE, G. C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. **Evaluation and Program Planning**, Oxford, v. 6, no. 3, p. 185-210, 1983.
- PASARÍN, M. I. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. **Atención Primaria**, Madrid, v. 39, n. 8, p. 395-401, 2007.
- PEDRONI, G. A. M.; ROSA, J. A.; ALMEIDA, M. E. F.; GUEDES, M. H. Assistência de enfermagem prestada à pessoa idosa com hipertensão arterial. **Revista Enfermagem Centro Oeste Mineiro**, São João Del-Rei, v. 3, n. 2, p. 662-669, 2013.
- PEDUZZI, M.; CARVALHO, B. G.; MANDU, E. N. T.; SOUZA, G. C.; SILVA, J. A. M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.
- PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Degree of satisfaction of users of a private hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 197-203, 2012.
- PEREIRA, M. J. B.; ABRAHÃO-CURVO, P.; FORTUNA, C. M.; COUTINHO, S. S.; QUELUZ, M. C.; CAMPOS, L. V. O. et al. Avaliação das características organizacionais e de

desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, mar. 2011.

PERERIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes na estratégia saúde da família**. 2007. Dissertação (Mestrado)-Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, p. 548-511, jul./ago. 2006.

PONCE, M. A. Z.; WYSOCKI, A. P.; SCATOLIN, B. E.; ANDRADE, R. L. P.; ARAKAWA, T.; RUFFINO-NETTO, A. et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 945-954, 2013.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Beliefs of diabetic patients about nutritional therapy and its influence on their compliance with treatment. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010.

QUEIROZ, P. C.; AGUIAR, D. C.; PINHEIRO, R. P.; MORAES, C. C.; PIMENTEL, I. R. S.; FERRAZ, C. L. H.; et al. Prevalência das complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes *mellitus* e síndrome metabólica. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 254-258, 2011.

RAJAMANI, K.; COLMAN, P. G.; LI, L. P. et al. Effect of fenofibrate on amputation events in people with type 2 diabetes mellitus (FIELD study): a prespecified analysis of a randomised controlled trial. **Lancet**, Philadelphia, v. 373, no. 9677, p. 1780-1788, 2009

REHEM, T. C. M. S. B.; OLIVEIRA, M. R. F.; AMARAL, T. C. L.; Internações por condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 884-890. 2013.

REIS, R. S.; COIMBRA, L. C.; SILVA, A. A. M.; SANTOS, A. M.; BRITTO E ALVES, M. T. S. S.; LAMY, Z. C.; RIBEIRO, S. V. O. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; FARIAS, D. A. A.; LUCENA, E. M. F.; PAES, N. A.; MORAES, R. M. Avaliação da adesão e vínculo aos serviços de Saúde de hipertensos acometidos por acidente vascular cerebral em municípios da Paraíba. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Itajubá v. 16, p. 25-34, 2012.

ROBBINS, J. M.; VALDMANIS, V. G.; WEBB, D. A. Do public health clinics reduce hospitalizations? The urban diabetes study. **Journal of Health Care Poor Underserved**, California, v. 19, no. 2, p. 562-573, 2008.

ROCHA, P. M.; UCHOA, A. C.; ROCHA, N. S. P. D.; SOUZA, E. C. F.; ROCHA, M. L.; PINHEIRO, T. X. A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 69-78, 2008.

- RODRIGUES, F. F. L.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; GONELA, J. T.; ZANETTI, M. L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes *mellitus*. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200020&lng=PT>. Acesso em: 12 fev. 2013.
- RODRIGUES, T. C.; PECIS, M.; CANANI, L. H.; SCHREINER, L.; KRAMER, C. K.; BIAVATTI, K. et al. Caracterização de pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1 do sul do Brasil: complicações crônicas e fatores associados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 67-73, 2011.
- RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR, L. A.; ACOSTA-RAMÍREZ, N.; RUIZ-RODRÍGUEZ, M. Evaluation of the performance of Primary Health Care Services: experience in rural municipalities in Santander, Colombia. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 15, n. 2, p. 183-195, 2013.
- RONKSLEY, P. E.; RAVANI, P.; SANMARTIN, C.; QUAN, H.; MANNS, B.; TONELLI, M.; et al. Patterns of engagement with the health care system and risk of subsequent hospitalization amongst patients with diabetes. **BMC: Health Services Research**, London, v. 13, p.3 99, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-399.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.
- ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-351, 2011.
- ROSA, R. S.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SOUZA, M. F. M.; LIMA, A. K.; MOURA, L. Internações por diabetes *mellitus* como diagnóstico principal na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 465-478, 2007.
- SALA, A.; LUPPI, C. G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R. G. Integrality and Primary Health Care: assessment in the perspective of health services users in the city of São Paulo. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, out./dez. 2011.
- SALISBURY, C.; WALLACE, M.; MONTGOMERY, A. A. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. **British Medical Journal**, London, v. 341, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c5004>.
- SAMICO, I. C. **Avaliação da atenção à saúde da criança**: um estudo de caso no Estado de Pernambuco. 2003. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- SANTIAGO, R. F.; MENDES, A. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; DUARTE, P. O.; FURTADO, B. M. A. S. M.; SOUZA, W. V. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuário. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013

SANTOS, A. L.; MARCON, S. S. Como pessoas com diabetes avaliam a participação familiar em seu processo de cuidado à saúde. **Investigación y Educación en Enfermería**, Madrid, v. 32, n. 2, p. 260-269 2014.

SANTOS, A. L.; ARRUDA, G. O. L.; TESTON, E. F.; CECILIO, H. P. M.; PATERNELA, F. N. M.; MARCON, S. S. complicações microvasculares em diabéticos tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autoreferida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2014. (artigo no Prelo).

SANTOS, L.; TORRES, H. C. Práticas educativas em diabetes *mellitus*: Compreendendo as competências dos profissionais da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 574-580, jul./set. 2012.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma revisão. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, T. M. M. G.; SILVA, N. C.; NOGUEIRA, L. T.; VILARINHO, L. M.; NUNES, G. B. L. Trends of scientific production on health assessment in brazil. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 171-179, jul./set. 2010.

SARTI, T. D.; CAMPOS, C. E. A.; ZANDONADE, E.; RUSCHI, G. E. C.; MACIEL, E. L. N. Evaluation of health planning activities by family health teams. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, Mar. 2012.

SARTI, T. D.; MACIEL, E. L. N.; CAMPOS, C. E. A.; ZANDONADE, E.; RUSCHI, G. E. C. Validade de conteúdo da avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 865-878, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002.

STRATTON, I. M.; ADLER, A. I.; NEIL, H. A.; MATHEWS, D. R.; MANLEY, S. E.; CULL, C. A.; HADDEN, D.; TURNER, R. C.; HOLMAN, R. R.; UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP. Association of glycaemia with macro vascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. **BMJ**, London, v. 321, p. 405-412, Aug. 2000. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/321/7258/405.pdf%2Bhtml>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

STRATTON, I. M.; CULL, C.; ADLER, A. I.; MATTHEWS, D. R.; NEIL, H. A.; HOLMAN, R. R. Additive effects of glycaemia and blood pressure exposure on risk complications in type 2 diabetes: a prospective observational study (UKPDS 75). **Diabetologia**, [S.l.], v. 49, n. 8, p. 1761-1769, Aug. 2006.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, Philadelphia, v. 377, no. 9781, p. 1949-1961, 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

SCHWARTZ, T. D.; FERREIRA, J. T. B.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Family Health Strategy: evaluating the access to SUS from the perception of the users of the health

unit resistência, in the region of São Pedro, Vitoria, Espírito Santo State. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; MACHIN, R. et al. Health needs and masculinities: primary health care services for men. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SCOTT, R.; O'BRIEN, R.; FULCHER, G. et al. The effects of fenofibrate treatment of cardiovascular disease risk in 9,795 individuals with type 2 diabetes and various components of the metabolic syndrome: the FIELD study. **Diabetes Care**, New York, v. 32, n. 3, p. 493-498, 2009.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. Evaluation of the quality of Family Healthcare Program in municipalities of Ceará. A multidimensional approach. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SELIGMAN, H. K.; JACOBS, E. A.; LOPEZ, A.; TSCHANN, J.; FERNANDEZ, A. Food Insecurity and Glycemic Control Among Low-Income Patients With Type 2 Diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 35, no. 1, p. 233-238, 2012.

SILVA, A. S. B. **Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto-SP**. 2009. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SILVA, A. S. B.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; DAMASCENO, M. M. C.; CAMILO, J.; ZANETTI, M. L. Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 512-518, 2011.

SILVA, L. M. S.; FERNANDES, M. C.; MENDES, E. P.; EVANGELISTA, N. C.; TORRES, R. A. M. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 784-788, 2012.

SILVA, A. S. B. **Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto – SP**. 2009. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SILVA, R. L. D. T. **Avaliação da implantação da assistência às pessoas com hipertensão arterial em município do Estado do Paraná**. 2013. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.

SILVEIRA, J. A. A.; RESENDE, H. M. P.; LUCENA FILHO, A. M.; PEREIRA, J. G. Características da assistência à saúde a pessoas com Diabetes *mellitus* acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 43-49, 2010.

SIQUEIRA, F. C. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 39-44, 2009.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 45, no. 12, p.1829-1843, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: tratamento e acompanhamento. São Paulo, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: SBD, 2008.

SOUZA, M. G.; MANDU, E. N. T.; ELIAS, N. A. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 772-779, 2013.

SOUZA, L. P. S.; SOUZA, A. M. V.; PEREIRA, K. G.; FIGUEIREDO, T.; BRETAS, T. C. S.; MENDES, M. A. F. et al. Matriz SWOT como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. **Revista Eletrônica Gestão Saúde**, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 1911-1921, 2013.

SPAGNUOLO, R. S.; JULIANI, C. M. C. M.; SPIRI, W. C.; BOCCHI, S. C. M.; MARTINS, S. T. F. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 226-234, abr./jun. 2012.

SPERANDIO, A. M. G.; VERÍSSIMO, L. C. G. **Networks**: Building Public Policies and the Impact on Acute Social Determinants. Ottawa, 2010. CPHA Centennial Conference.

SPERANDIO, A. M. G.; SERRANO, M. M. Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. **O Plano Diretor**: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável. Campinas, SP: Ed. da Unicamp, 2006. v.1.

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

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **Journal of Family Practice**, New York, v. 50, no. 2, p. 161-175, 2001.

STARFIELD, B.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, [S.l.], v. 83, p. 457-502, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília, DF: Unesco, 2004.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Primary Health Care: the construction of an expanded concept. **JMPHC: Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, no. 2, p. 202-212, 2014.

SZASZ, T. S.; HOLLENDER, M. H. A contribution to the philosophy of medicine. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 97, no. 5, p. 585-592, 1956.

SZECSENYI, J.; GOETZ, K.; CAMPBELL, S. et al. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? **BMJ: Quality and Safety**, London, v. 20, no. 6, p. 508-514, June 2011. doi: 10.1136/bmjqs.2009.038166.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. The role of evaluation in decision-making in the management of health services. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2004.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TIV, M.; VIEL, J. F.; MAUNY, F.; ESCHWE`GE, E.; WEILL, A. et al. Medication Adherence in Type 2 Diabetes: The ENTRED Study 2007, a French Population-Based Study. **Plos One**, [S.l.], v. 7, no. 3, 2012. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0032412>>. Acesso em: 13 jul.2014

TEIXEIRA, C. R. S. **A atenção em diabetes mellitus no serviço de medicina preventiva – SEMPRE: um estudo de caso**. 2003. 162f. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L.; MARYINS, D. C. Parâmetros clínicos de pacientes diabéticos atendidos no Programa Educativo do Serviço de Medicina Preventiva – SEMPRE. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 231-241, set./dez. 2005.

TREVISAN, M.; JESUS, A. N. C.; GOMES, D. S. M.; MENDONÇA, M. A.; TREVISAN, J. A. T. Avanços no sistema de saúde brasileiro: uma reflexão da década de 1970 a 2000. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 1133-1149, 2012. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/217>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

TUNG, Y. C.; CHANG, G. M. Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 21, no. 3, p. 206–213, 2009.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfaction and responsiveness: ways to measure quality and humanization of health assistance. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VAN STRALEN, C. J.; BELISARIO, S. A.; VAN STRALEN, T. B.; LIMA, A. M.; MASSOTE, A. W.; OLIVEIRA, C. L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 148-158, 2008.

VERÍSSIMO, L. C. G. **O processo de construção em rede de políticas públicas na perspectiva da promoção da saúde: a experiência do município de Maringá - PR**. 2011. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2011.

VIACAVA, F.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S.; LAGUARDIA, J.; MOREIRA, R. S. Evaluation of performance of health systems: a model for analysis. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

VIANA, L. M. M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consultation on the definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Geneva, 2010.

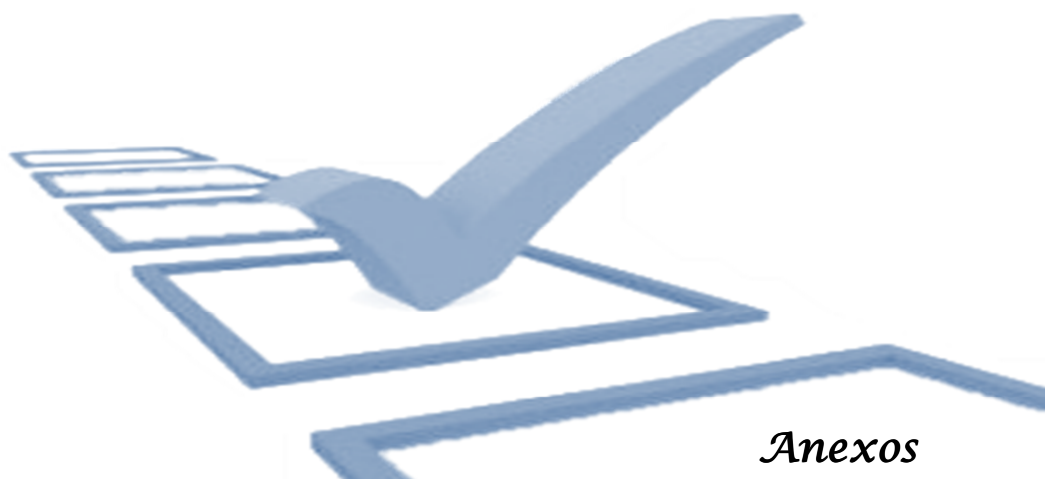
WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**, [Washington, D.C.] v. 38, no. 4, p. 509-516, 1994.

WONG, S. Y. S.; KUNG, K.; GRIFFITHS, S. M.; CARTHY, T.; WONG, M. C. S.; LO, S. V. et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. **BMC: Public Health**, London, v. 10, p. 397, 2010. doi: 10.1186/1471-2458-10-397.

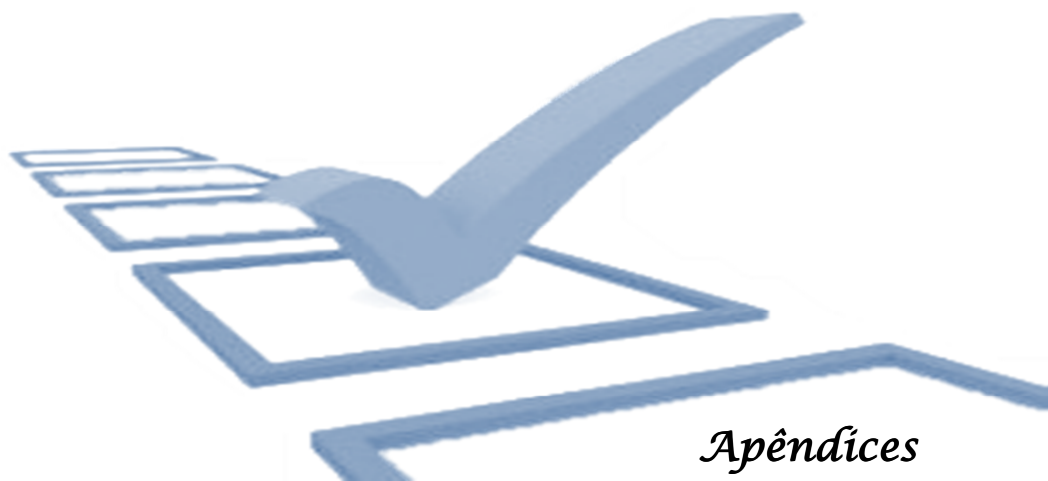
WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases**. Geneva, 2013.

WORLD HEALTH STATISTICS. **Global health indicators**. Part III. Disponível em: <<http://who.int.gho/publications/worldhealthstatistics/2012/en/index/html>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

XIMENES, N. F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C.; Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, p. 36-45, 2008.



Anexos



Apêndices

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA DO SERVIÇO PRESTADO A PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA

Página 1 de 4

1-DADOS GERAIS

Unidade de Saúde: _____

Dados de Identificação

1.1-Data da Entrevista: ___/___/___

1.2-Entrevistado: _____

1.3- Idade: _____

1.4- Sexo: 1. Masc 2. Fem

1.5- Função do Entrevistado:

1. Diretor 2. Enfermeiro 3. Outros

1.6- Formação do Entrevistado: 1 Enfermeiro 2 Outros

1.7-Há quanto tempo trabalha nesta Unidade Básica de Saúde (UBS): _____

Caracterização da Unidade de Saúde da Família

1.8-Número de Equipes de ESF: _____

1.9-Com saúde bucal: _____

1.10-Sem saúde bucal: _____

1.11-Número de Equipes da ESF completas: _____

1.12-Profissionais em falta e equipe correspondente: _____

1.13-Número de auxiliares administrativos: _____

Caracterização da Equipe Mínima

NSR – NÃO SABE RESPONDER NSA – NÃO SE APLICA

1.14-Número de profissionais integrantes da equipe mínima de cada Equipe de ESF

1.14.1-Médico: _____ NSR

1.14.2 Enfermeiro: _____ NSR

1.14.3- Cirurgião dentista: _____ NSR

1.14.4- ACS: _____ NSR

1.14.5- Tec/Auxiliar enfermagem: _____ NSR

1.14.6- Tec/Auxiliar saúde bucal: _____ NSR

Caracterização da Equipe Ampliada

1.15-Número de profissionais integrantes da equipe ampliada de referencia

1.15.1- Médico especialista: _____ NSR

1.15.2- Psicólogo: _____ NSR

1.15.3- Fisioterapeuta: _____ NSR

1.15.4- Nutricionista: _____ NSR

1.15.5- Educador físico: _____ NSR

1.15.6- Terapeuta ocupacional: _____ NSR

1.15.7- Farmacêutico: _____ NSR

Caracterização da Equipe do NASF

1.16 Número de profissionais integrantes do NASF

1.16.1- Psicólogo: _____ NSR

1.16.2- Fisioterapeuta: _____ NSR

1.16.3- Nutricionista: _____ NSR

1.16.4- Educador físico: _____ NSR

1.16.5- Terapeuta ocupacional: _____ NSR

1.16.6- Farmacêutico: _____ NSR

1.16.7- Assistente Social: _____ NSR

1.16.8- Fonoaudiologista: _____ NSR

Adscrição de Clientela

1.17- Você tem conhecimento da população da área de abrangência da UBS e do número de famílias cadastradas? 0 Sim 1 Não

1.18- População da área de abrangência: _____

1.19- Número de famílias cadastradas na UBS: _____

1.20- Número de diabéticos cadastrados: _____

1.21- Número de diabéticos acompanhados: _____

1.22- Possui área descoberta: 1 Sim 0 Não

2-DIMENSÃO ESTRUTURAL

2.1- Área Física

Assinale com X a existência das seguintes estruturas na Unidade de Saúde em condições de uso e de acordo com a necessidade das UBS:
0- Sim 1- Não

21a - Área coberta e protegida com assentos fora da Unidade de Saúde

21b - Banheiro masculino e feminino para usuários com papel higiênico, sabonete líquido e papel toalha

21c - Banheiro masculino e feminino para trabalhadores com papel higiênico, sabonete líquido e papel toalha

21d - Construção com princípios de acessibilidade (rampas, banheiro para deficientes, portas compatíveis para cadeira de rodas, etc.)

21e - Bebedouro ou filtro com água disponível para os usuários e trabalhadores

21f - Sala de espera com número de assentos compatíveis com o número de usuários

21g - Sala de recepção e arquivo compatível com o número de prontuários

21h - Consultório para acolhimento que garanta privacidade visual e auditiva do paciente

21i - Consultório para consulta de enfermagem que garanta privacidade visual e auditiva do paciente

21j - Consultório para consulta médica que garanta privacidade visual e auditiva do paciente

21l - Sala de coleta de exames laboratoriais

21m - Ambiente exclusivo para realização de curativos, suprido com os materiais necessários

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA DO SERVIÇO PRESTADO A PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA

Página 2 de 4

21n Ambiente para atividades coletivas (reunião de equipe, educação em saúde, HIPERDIA) arejada e com capacidade satisfatória para a demanda

21o - Sala para os agentes comunitários de saúde da família compatível com o número de agentes e atividades desenvolvidas

21p - Salas para limpeza de materiais, esterilização e guarda de materiais

21q - Local para armazenamento de medicamentos para diabetes

21r - Local adequado para armazenamento de insulina Regular/NPH

21s - Cadeira de rodas para locomoção de usuários

2.2– Materiais, equipamentos e transporte.

Assinale com X a existência dos seguintes materiais e equipamentos na unidade de saúde: **0- Sim 1- Não**

22a - Mesa para exame clínico em todos os consultórios

22b - Mesa escrivãzinha em todos os consultórios

22c - Balanças antropométricas em quantidade satisfatória

22d - Duas cadeiras simples em cada consultório

22e - Esfigmomanômetros (adulto) disponíveis nos consultórios médico

22f - Esfigmomanômetros (adulto) disponíveis nos consultórios de enfermagem

22g - Esfigmomanômetros (obesos) disponíveis nos consultórios médicos

22h - Esfigmomanômetros (obesos) disponíveis nos consultórios de Enfermagem

22i - Estetoscópios disponíveis no consultório médico

22j - Estetoscópios disponíveis no consultório de enfermagem

22l - Fita métrica disponível no consultório médico

22m - Fita métrica disponível no consultório de enfermagem

22n - Estesiômetro disponível no consultório médico

22o - Estesiômetro disponível no consultório de enfermagem

22p - Glicosímetros em condições de uso, de acordo com a necessidade das equipes

22q - Glicosímetros para empréstimo ao usuário

22r - Cadeira para coleta de exames

22s- Disponibilidade de computador em condições de uso, por equipe para realização dos cadastros e relatórios

22t- Impressora em condições de uso, em quantidade satisfatória por equipe da ESF

22u - Linha telefônica

22v- Protocolo impresso do programa de atenção ao diabético acessível para as equipes NSR

22x- Disponibilidade de carro para atividades externas, por equipe, nos seguintes dias da semana:

5 três vezes por semana 4 duas vezes por semana

3 uma vez por semana 2 A cada 15 dias

1 Nunca

NSR

22z – A disponibilidade de transporte para as equipes da ESF é suficiente para a demanda NSR

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

2.3– Equipamentos para urgências

Assinale com X a existência dos seguintes equipamentos disponíveis na unidade de saúde de acordo com a necessidade. **0- Sim 1- Não**

23a - Ambú adulto

23b – Sondas de aspiração

23c - Cânula de Guedel

23d - Cilindro e oxigênio dentro do prazo de validade ou oxigênio encanado

23e - Medicamentos básicos para uso em urgência

23f – Aspirador portátil ou fixo

23g – Material para punção venosa

23h – Material para pequenas suturas

23i – Material para imobilização

23j – Localização conhecida e facilitada do material de urgência

23l – Profissionais receberam treinamento para atendimento às urgências

2.4– Materiais para educação em saúde

Assinale com X a existência dos seguintes materiais para educação em saúde em condições de uso e em quantidade suficiente: **0- Sim 1- Não**

24a- Espaço reservado para atividades de educação em saúde/Hiperdia, com espaço adequado para a demanda das equipes.

24b - Materiais impressos com orientações sobre diabetes e hábitos saudáveis de vida para distribuição ao público – Folders, cadernetas, etc.

24c - Vídeos e álbum seriado sobre diabetes e hábitos saudáveis de vida para atividades de grupo

24d - Televisão

24e - DVD

24f - Projetor Multimídia

24g – Notebook/Computador

2.5– Exames e medicamentos

Assinale com X a frequência de disponibilidade dos seguintes insumos, exames e medicamentos disponíveis na UBS ou para solicitação conforme necessidade. **0- Sim 1- Não**

25a - Hematócrito 0 sim 1 não

25b - Glicemia de jejum 0 sim 1 não

25c - Colesterol total 0 sim 1 não

25d - Colesterol HDL 0 sim 1 não

25e - Colesterol LDL 0 sim 1 não

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA DO SERVIÇO PRESTADO A PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA

Página 3 de 4

- 25f - Triglicerídeos 0 sim 1 não
25g - Hemoglobina Glicosilada 0 sim 1 não
25h - Dosagem de creatinina 0 sim 1 não
25i - Exame parcial de urina 0 sim 1 não
25j - Proteinúria 24 horas 0 sim 1 não
25l - Exame oftalmológico 0 sim 1 não
25m - Agulhas e seringas 0 sim 1 não
25n - Fitas reagentes para uso nas equipes 0 sim 1 não
25o - Fitas reagentes para entrega aos usuários 0 sim 1 não
25p - Material para curativo disponível para entrega aos usuários 0 sim 1 não
25q - Metformina 0 sim 1 não
25r - Glibenclamida 0 sim 1 não
25s - Glicazida 0 sim 1 não
25t - Insulina NPH 0 sim 1 não
25u - Insulina Regular 0 sim 1 não

2.6- Oferta de atendimento pelos profissionais atuantes nas equipes:

*Em relação aos profissionais que formam a **equipe mínima no PSF**, como foi a **rotatividade** dos seguintes profissionais nos últimos 12 meses?*

- 26a - Médico clínico
1 muito alta 2 alta 3 intermediária 4 baixa 5 nenhuma
26b - Enfermeiro
1 muito alta 2 alta 3 intermediária 4 baixa 5 nenhuma
26c - Tec/Auxiliar de enfermagem
1 muito alta 2 alta 3 intermediária 4 baixa 5 nenhuma
26d - Agentes Comunitários
1 muito alta 2 alta 3 intermediária 4 baixa 5 nenhuma
26e - Cirurgião dentista NSR
1 muito alta 2 alta 3 intermediária 4 baixa 5 nenhuma
26f - Tec/Auxiliar odontologia NSR
1 muito alta 2 alta 3 intermediária 4 baixa 5 nenhuma

*Em relação aos recursos humanos que formam a **equipe mínima no PSF**, como foi a periodicidade de oferta de atendimento dos seguintes profissionais nos últimos 12 meses?*

- 26g - Médico clínico
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca
26h - Enfermeiro
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca
26i - Tec/Auxiliar de enfermagem
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca
26j - Agentes Comunitários
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca
26l - Cirurgião dentista
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca
26m - Tec/Auxiliar odontologia
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

2.7 Educação continuada

- 27a - Com que frequência há no município ações de educação permanente ou qualificação da atuação dos profissionais de saúde das equipes? NSR
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca
27b - Você considera que as ações de educação permanente disponíveis, contemplam as necessidades das equipes da ESF: NSR
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca
27c - Você considera que as ações de educação permanente disponíveis, são aplicadas pelas equipes:
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

3-DIMENSÃO ASSISTENCIAL

3.1- Oferta de atendimento

- 31a- A UBS oferece atendimento a população nos turnos:
1 Matutino e Vespertino 2 Matutino ou vespertino
31b- A UBS oferece atendimento a população nos seguintes dias da semana:
1 Segunda a sexta-feira
2 Segunda a sexta, incluindo alguns sábados
31c- A UBS funciona durante horário de almoço:
0 Sim 1 Não
31d- É realizado atendimento de urgência na UBS:
0 Sim 1 Não NSR

4-DIMENSÃO ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- 40a - Existe um instrumento específico para cadastro, monitoramento e avaliação das atividades do programa de assistência ao diabetes?
0 Sim 1 Não NSR
40b- As equipes cadastram os pacientes no sistema de informação HIPERDIA
1 sim, todas elas 2 sim, algumas delas 3 nenhuma delas
 NSR
40d- O protocolo de atendimento ao diabético elaborado pelo gestor de saúde é utilizado pelas equipes?
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

Agradecemos sua participação!

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA A PESSOA COM DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA

Página 1 de 7

1-DADOS GERAIS

Unidade de Saúde: _____

Dados de Identificação

1.1-Data da Entrevista: ___/___/___

1.2-Entrevistado: _____

1.3-Sexo: 1 Masc 2 Femin

1.4- Idade: _____

Caracterização da formação profissional

1.10- Formado há _____ anos

1.11- Possui outra graduação? 1 Sim 2 Não

1.12 Quanto à formação complementar, possui:

1.12.1-Especialização específica (saúde da família, saúde coletiva, saúde pública)

1 concluída 2 em andamento 3 não possui

1.12.2-Outra especialização

1 concluída 2 em andamento 3 não possui

1.12.3-Residência

1 concluída 2 em andamento 3 não possui

1.12.4-Pós-graduação *stricto sensu* (mestrado/doutorado)

1 concluída 2 em andamento 3 não possui

Caracterização da prestação e serviço

1.13- Tempo que trabalha nesta Equipe ESF: _____

1.14- Carga horária semanal que atua nesta equipe: _____

1.15-Trabalha em algum outro local? 1 sim 0 não

Caracterização da Equipe da ESF

1.6-Nome da Unidade: _____

1.7-Número da Equipe: _____

1.8- A equipe está completa? 0 sim 1 não

1.9- Caso não, qual o profissional em falta: _____

1.10- Possui saúde bucal? 0 sim 1 não

Adscrição de Clientela

1.11-População da área de abrangência: _____

1.12-Número de famílias cadastradas pela ESF: _____

1.13-Número de diabéticos cadastrados: _____

1.14- Número de diabéticos acompanhados: _____

1.15- Atendidos no último mês: _____

1.16- A equipe possui área descoberta: 1 Sim 0 Não

1.17- A equipe atende diabéticos residentes fora da área de abrangência: 0 Sim 1 Não

2-DIMENSÃO DE ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

2.1- Quanto ao monitoramento e análise da situação de saúde em diabetes

21a- Com que frequência a gestão disponibiliza informativos que auxiliem no monitoramento e análise dos indicadores de saúde em diabetes?
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

21b- A equipe utiliza o **SIAB** ou algum outro sistema de informação para análise de indicadores e planejamento de ações e metas em relação ao diabetes?
0 Sim 1 Não

21c- Com que frequência?
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

21d- A equipe possui mapeamento do território de abrangência sinalizando usuários diabéticos
0 Sim 1 Não NSR

21e- O ultimo mapeamento do território de abrangência foi realizado:

5 Até seis meses 4 Até um ano 2 > um ano 1 Não foi realizado

21f- Com que frequência a equipe faz estratificação dos diabéticos por risco e gravidade
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

21g- A equipe possui registro de todos os diabéticos com maior risco/gravidade:

0 Sim 1 Não

2.2 - Quanto à realização de reuniões de equipe

22a- A equipe realiza reuniões de equipe?

0 Sim 1 Não

22b- A periodicidade das reuniões é:

5 Semanal 4 Quinzenal 3 Mensal 2 S/ periodicidade 1 NDA

Os seguintes profissionais participam das reuniões de equipe com que frequência?

22c- Médico

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

22d- Enfermeiro

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

22e- Tec/Auxiliar de enfermagem

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

22f- Cirurg. Dentista NSA

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

22g- Tec/Auxiliar consult. odontológico NSA

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

22h- Agentes Comunitários

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

22i- Profissionais do NASF

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA A PESSOA COM DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA

Página 2 de 7

Durante as reuniões de equipe, os seguintes aspectos são discutidos? (Considerar sim apenas se a frequência estiver adequada à necessidade da equipe)

22j- Casos de diabetes difíceis/desafiadores

0 sim 1 não

22l- Casos que necessitam de busca ativa

0 sim 1 não

22m- Casos de usuário com suspeita de diabetes

0 sim 1 não

22o- Planejamento das ações

0 sim 1 não

22p- Traçar metas de cobertura e controle de diabetes

0 sim 1 não

22q- Organização de agenda semanal/mensal/bimestral

0 sim 1 não

22r- Avaliação das ações desenvolvidas/autoavaliação

0 sim 1 não

2.3- Quanto à oferta de educação continuada/permanente em saúde aos profissionais de saúde atuantes na equipe.

23a – Há no município ações de educação permanente sobre diabetes ou qualificação da atuação dos profissionais da equipe? 0 sim 1 não

23b – Você considera que as ações de educação permanente sobre diabetes disponíveis, contemplam as necessidades da equipe? 0 sim 1 não

23c – Você considera que as ações de educação permanente sobre diabetes disponíveis, são aplicadas pela equipe com que frequência? 0 sim 1 não

23d – Você considera que toda a equipe, incluindo ACSs, está capacitada para atender casos de diabetes?

0 sim 1 não

Profissionais da equipe que receberam capacitação sobre diabetes e para atendimento ao diabético nos últimos 12 meses (além do APSUS): 0- Sim 1- Não

23e - Médico clínico 24f - Enfermeiro

23g – Tec/Auxiliar de enfermagem

23h – Todos os agentes comunitários

23i – Cirurgião dentista 24j – Tec/Auxiliar odontologia

2.4- Quanto à disponibilidade de apoio

Como é a periodicidade do apoio oferecido pela equipe ampliada e/ou NASF?

24a- Médico Especialista

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

24b- Psicólogo

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

24c- Fisioterapeuta

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

24d- Farmacêutico

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

24e- Educador Físico

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

24f- Nutricionista

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

24g- Terapeuta ocupacional

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

24h- Assistente social

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

24i- Fonoaudiólogo

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

3-DIMENSÃO DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

3.1- Quanto à disponibilidade de atendimento a usuários diabéticos

31d- Com que frequência a equipe possui vagas reservas na agenda diária de consultas?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

31e- Caso o diabético necessite agendar uma consulta de rotina, com que frequência ele precisa esperar mais que **24h** para ser atendido?

1 sempre 2 quase sempre 3 às vezes 4 quase nunca 5 nunca

31f- Caso o diabético necessite agendar uma consulta de rotina, com que frequência ele precisa esperar mais que **48h** para ser atendido?

1 sempre 2 quase sempre 3 às vezes 4 quase nunca 5 nunca

31g- Após marcada a consulta, em média, com que frequência o usuário diabético precisa esperar mais que **30 minutos** para ser atendido pelo médico ou pelo enfermeiro:

1 sempre 2 quase sempre 3 às vezes 4 quase nunca 5 nunca

31h- Em média, quanto tempo o diabético espera por uma **consulta especializada** (endócrino, cardio, neuro, ortopedista, etc)?

5 entre sete e 15 dias

4 entre 16 e 30 dias

3 entre 30 e 60 dias

2 entre 60 e 90 dias

1 Mais de 90 dias

NSR

Os seguintes serviços estão disponíveis pela equipe para os diabéticos com que periodicidade?

31i- Consulta médica

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

31j- Consulta de enfermagem

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA A PESSOA COM DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA

Página 3 de 7

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca
31l- Consulta em saúde bucal NSA
5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca
31m- Entrega de medicamentos
5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca
31n- Administração de medicação
5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca
31o- Realização de curativos
5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

3.2- Quanto ao atendimento individual aos diabéticos

32a- Com que frequência você (enquanto enfermeiro da equipe) realiza atendimento aos diabéticos de forma individual, voltado para orientação de hábitos saudáveis de vida?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32b- Com que frequência a equipe utiliza o prontuário (eletrônico ou impresso) para registro dos dados dos diabéticos atendidos?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32c- Com que frequência o usuário diabético é atendido pelo mesmo médico?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32d- Com que frequência o usuário diabético é atendido pelo mesmo enfermeiro?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

Em sua opinião...

32e- Com que frequência você consegue entender as perguntas que seus pacientes diabéticos lhe fazem?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32f- Com que frequência seus pacientes diabéticos compreendem o que você diz ou pergunta a eles?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32g- Com que frequência você dá aos pacientes diabéticos tempo suficiente para que falem sobre suas preocupações, problemas e dúvidas?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32h- Com que frequência você acha que seus pacientes diabéticos se sentem confortáveis para lhe contar suas preocupações, problemas e dúvidas?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32i- Com que frequência você entende quais problemas são mais importantes para seu paciente diabético?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32j- Com que frequência você conhece o histórico clínico completo dos pacientes diabéticos que atende?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32l- Com que frequência você conhece todos os medicamentos que seu paciente diabético está tomando?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32m- Com que frequência você conversa com seus pacientes diabéticos sobre dificuldades em tomar os remédios corretamente?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

Em relação ao atendimento médico para pacientes diabéticos assinale a afirmação que se aplica:

32n – É realizada consulta médica conforme estabelecido pelo protocolo, incluindo anamnese, exame físico, orientações do tratamento medicamentoso e tratamento não medicamentoso?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32o- Com que frequência o médico da equipe orienta os pacientes quanto aos fatores de risco: dieta, exercício físico, fumo, uso excessivo de sal, açúcar e álcool

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32p- Com que frequência o médico da equipe avalia individualmente cada paciente diabético durante as consultas/HIPERDIA?

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

Com que frequência o atendimento ao diabético se dá por meio de:

32q- Reuniões de Hiperdia

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32r- Consultas mensais/bimestrais/trimestrais agendadas pela equipe

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32s- Consultas mensais/bimestrais/trimestrais agendadas pelos usuários

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

Em relação às consultas a pessoas com diagnóstico de diabetes, em quais delas é verificado:

32s- Glicemia capilar

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32t- Pressão arterial

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32u- Circunferência abdominal

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32v- Peso

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32x- Avaliação de olhos

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32z- Avaliação dos pés

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32aa- Avaliação da pele

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32ab- Verificação da cavidade oral

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32ac- Ausculta cardíaca

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32ad- Palpação da tireoide

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32ae- Uso correto da medicação (quando prescrita)

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32af- Últimas intercorrências relatadas, dúvidas e queixas

- 5sempre 4quase sempre 3às vezes 2quase nunca 1nunca

32ag- Avaliação de pulso periférico

- todas quase todas algumas quase nenhuma nenhuma

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA A PESSOA COM DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA

Página 4 de 7

32ah- Avaliação de resultados de exames solicitados
5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

3.3- Quanto à necessidade de encaminhar pacientes diabéticos para outros serviços

33a- Com que frequência sua equipe necessita encaminhar pacientes diabéticos para outros serviços de saúde?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

33b- Caso sim, o serviço foi:

1 outra UBS 2 UPA 3 hospital (internação) 4 outro

33c- Causas dos encaminhamentos:

(Digitar: 1- Descompensação; 2- Queixas diversas; 3- Outros)

33d- Quando seus pacientes diabéticos necessitam de encaminhamento, você discute com eles sobre o serviço para onde está sendo encaminhado:

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.4- Quanto à consulta especializada

34a- Você tem conhecimento de todas as consultas especializadas que seus pacientes diabéticos fazem:

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

34b- A equipe/UBS se responsabiliza pelo agendamento da consulta solicitada?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

34c- A equipe/UBS informa ao paciente a data para a qual a consulta foi agendada?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

34d- Você ou algum membro da equipe discute com o paciente sobre os motivos que levaram a necessidade da consulta especializada?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

34e- Algum membro da equipe lhes fornece alguma informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado:

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

34f- Após a consulta com serviço especializado, alguém da equipe conversa com o paciente diabéticos sobre os resultados desta consulta?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

3.5- Quanto à oferta de acolhimento

35a- Está implantado o sistema de acolhimento na equipe?

0 Sim 1 Não

Os seguintes profissionais da equipe participam do acolhimento com que periodicidade?

35b- Médico

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

35c- Enfermeiro

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

35d- Tec/Auxiliar de enfermagem

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

35d1- Agente comunitário de Saúde

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

35e- Cirurgião dentista NSA

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

35f- Tec/Auxiliar odontologia NSA

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

35g- Com que frequência todos os diabéticos cadastrados que chegam buscando atendimento tem suas necessidades escutadas?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

35h- Em média, após a chegada, o diabético espera para a primeira escuta/acolhimento:

5 entre um e 10 minutos 4 entre 11 e 20 minutos

3 entre 20 e 30 minutos 2 entre 30 e 60 minutos

1 Mais de 60 minutos NSR

35i- Em média, após o acolhimento, o diabético espera para ser atendido pelo médico:

5 entre um e 10 minutos 4 entre 11 e 20 minutos

3 entre 20 e 30 minutos 2 entre 30 e 60 minutos

1 Mais de 60 minutos NSR

3.6- Quanto ao diagnóstico e/ou primeira consulta do diabético

Com que frequência a identificação de casos suspeitos/novos casos ocorre pelos seguintes meios:

36a – Suspeita do ACS

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36b – Durante visita domiciliar por outros motivos

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36c – Queixas referidas durante consultas médicas

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36d – Suspeita devido histórico familiar

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36e – Suspeita devido outras doenças crônicas

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

Ao atender um usuário com suspeita de diabetes, são realizados os seguintes os procedimentos com que frequência?

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA A PESSOA COM DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA

Página 5 de 7

36f – Verificação de hábitos de vida

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36g – Verificação de antecedentes pessoais

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36h – Verificação de antecedentes clínicos

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36i – Verificação de antecedentes familiares

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36j – Verificação de principais queixas

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36l – Realização de glicemia casual

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36m – Solicitação de glicemia de jejum

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36n – Solicitação de teste de tolerância a glicose

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

Ao atender um usuário com diagnóstico de diabetes pela primeira vez, são verificados os seguintes aspectos com que frequência?

36o- Glicemia capilar

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36p- Pressão arterial

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36q- Circunferência abdominal

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36s- Peso

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36t- Altura

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36u- Avaliação de olhos

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36v- Avaliação dos pés

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36x- Avaliação da pele

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36z- Verificação da cavidade oral

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36aa- Palpação da tireoide

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36ab- Prescrição de medicação (quando necessário)

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36ac- Dúvidas e queixas

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36ad- Resultados de exames anteriores

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36af- Presença de sinais de complicações

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36ag- Histórico/padrão alimentar

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36ah- Tratamento prévio (incluindo adesão, automedicação)

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36ai- Histórico de prática de atividade física

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

36aj- Histórico obstétrico

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

3.7- Quanto à visita domiciliar/ busca ativa à pacientes diabéticos

37a – Com que frequência, a equipe realiza visita domiciliar à pacientes diabéticos faltosos?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

37b - Com que frequência a equipe realiza visita domiciliar à pacientes diabéticos não aderentes ao tratamento?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

37c - Com que frequência a equipe realiza visita domiciliar à pacientes diabéticos acamados ou com incapacidades?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

37d - Com que frequência a equipe elabora plano de cuidados para o indivíduo diabético por escrito durante a visita domiciliar?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

37e - Com que frequência a Equipe elabora plano de cuidados para a família do indivíduo diabético por escrito durante a visita domiciliar?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

3.8– Quanto aos exames e medicamentos

Os seguintes exames e prescrição de medicamentos ocorre normalmente com que periodicidade?

SPD – sem periodicidade definida NSD- não sabe responder

38a – A Glicemia de jejum é solicitada ao menos uma vez a cada seis meses?

0 Sim 1 Não 2 SPD NSR

38b – A Hemoglobina glicosilada é solicitada ao menos uma vez a cada ano?

0 Sim 1 Não 2 SPD NSR

38c – O Colesterol total é solicitado uma vez ao ano?

0 Sim 1 Não 2 SPD NSR

38d – O Colesterol HDL é solicitado uma vez ao ano?

0 Sim 1 Não 2 SPD NSR

38e – O Colesterol LDL é solicitado uma vez ao ano?

0 Sim 1 Não 2 SPD NSR

38f – O Triglicerídeos é solicitado uma vez ao ano?

0 Sim 1 Não 2 SPD NSR

38g – A Dosagem de creatinina é solicitada uma vez ao ano? 0 Sim 1 Não 2 SPD NSR

38h – O Exame parcial de urina é solicitado uma vez ao ano? 0 Sim 1 Não 2 SPD NSR

38i – A Proteinúria 24 horas é solicitada uma vez ao ano? 0 Sim 1 Não 2 SPD NSR

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA A PESSOA COM DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA

Página 6 de 7

38j- A Prescrição/transcrição de antidiabéticos e/ou insulina é realizada:

1 mensal 2 bimestral 3 trimestral 4 semestral SPD

3.9- Quanto à promoção da saúde

39a- A equipe desenvolve estratégias para identificar indivíduos diabéticos em populações de risco (maiores de 40 anos, fumantes, alcoolistas, hipertensos, obesos, etc)
0 Sim 1 Não

39b- Com que frequência?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39c - Qual a periodicidade das reuniões para cada grupo de Hiperdia?

1 mensal 2 bimestral 3 trimestral 4 semestral 5 nunca

*Os profissionais da equipe participam **ativamente** das reuniões de HIPERDIA com que frequência?*

39d- Médico

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39e- Enfermeiro

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39f- Tec/Auxiliar de enfermagem

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39g- Agente Comunitário de Saúde

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39h- Cirurgião dentista NSA

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39i- Profissionais do NASF

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39j- As ações realizadas durante as reuniões de Hiperdia são:

(Digitar: 1- verificação de ssvv/triagem; 2- verif glic capilar; 3- consulta individual; 4- palestras e oriente; 5- duas ou mais opções; 6- três ou mais opções.)

39l- Com que frequência a equipe oferece alguma atividade de educação em saúde **específica e/ou exclusiva para diabéticos**?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

Durante as reuniões de Hiperdia, as seguintes orientações são oferecidas com que frequência?

39m- A doença (fisiopatologia, sintomas, complicações...)

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39n- Importância da adesão à Alimentação adequada

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39o - Necessidade da realização de atividades físicas frequente

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39p- Necessidade do abandono do tabagismo e do álcool

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39q - Necessidade de monitoramento da pressão arterial

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39r- Necessidade de cuidados específicos com os pés

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39s - Necessidade do uso de calçados adequados

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39t- Importância do uso correto da medicação

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39u - Método de aplicação de insulina

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39v - Importância do automonitoramento da glicemia

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39x - Durante as reuniões do HIPERDIA, a equipe dispõe de espaço adequado de acordo com sua necessidade?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

39z - Os seguintes recursos estão disponíveis para realização de educação em saúde/reuniões de Hiperdia?

1 Folders/Cadernetas 2 Cartazes/Painéis informativos

3 Vídeos

4 Aparelho DVD

5 TV

6 Notebook/Computador

7 Mais de uma opção

8 Nenhuma opção

4-DIMENSÃO ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

40a - Existe um instrumento específico para cadastro, monitoramento e avaliação das atividades do programa de assistência ao diabetes mellitus?

0 sim 1 não

40b- Com que frequência a equipe cadastra os diabéticos no sistema de informação HIPERDIA?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

40c - O protocolo de atendimento ao diabético elaborado pelo gestor de saúde é utilizado pela equipe?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

40d - A Equipe utiliza o HIPERDIA como instrumento de planejamento e avaliação do programa?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

40e - Existe sistema de referência, com fluxo formalizado pelo gestor municipal, para exames especializados?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

40f - Existe sistema de contra referência, com fluxo formalizado pelo gestor municipal, para exames especializados?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

Agradecemos pela sua participação!

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DO RESULTADO REFERENTE À ASSISTÊNCIA PRESTADA A PESSOA COM DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA

Página 1 de 4

DADOS GERAIS

Unidade de Saúde: _____

Dados de Identificação

1.1-Equipe da ESF: _____

1.2-Data da Entrevista: ___/___/___

1.3-Iniciais do entrevistado: _____

1.4-Sexo: 1 Masc 2 Femin

1.5- Idade: _____

1.6- Endereço: _____

1.7- Bairro: _____

1.8- Fone: _____

1.9- Cor: 1 Branca 2 Não branca (apenas observar este item)

1.10- Situação conjugal: 1 C/ companheiro 2 S/ companheiro

1.11- Escolaridade:

1 Analfabeto 2 Ensino Fundamental

3 Ens. Médio 4 Ensino Superior

1.12- Renda mensal familiar: _____

1.13- Numero de pessoas que dependem da renda: _____

1.14- Histórico familiar de diabetes: 1 sim 0 não

1.15- Familiares com histórico de diabetes:

(Digitar: 1- Pais; 2- Irmãos; 3- Filhos; 4- Duas ou mais opções)

1- DIAGNÓSTICO DA DOENÇA

11a- Há quanto tempo recebeu o diagnóstico? _____

2- ADESÃO AO TRATAMENTO

2a- Periodicidade que verifica a glicemia capilar

1 diariamente 2 trimestralmente 3 mensalmente
4 sem periodicidade 5 nunca NSR

2a1- Quando foi a ultima vez que verificou? _____
(Registrar em dias)

2b- Da ultima vez em que foi realizada a verificação, o resultado foi:

1 alterado 2 normal 3 NSR 4 nunca fez (NSA)

2c- Faz uso de antidiabético sob prescrição médica:

1 sim 2 não 3 não no momento

2d- Caso faça uso, qual a periodicidade?

5 diariamente 4 um dia e outro não 3 esporadicamente
2 Em caso de sintomas/complicações 1 nunca NSA

2e- Nome e dose dos antidiabéticos utilizados:

_____ dose: _____ mg/dia

_____ dose: _____ mg/dia

(Digitar: 1- Metformina; 2-Glibemclamida; 3- Ambos; 4- outros)

2f- Faz uso de insulina?

1 sim 2 não 3 não atualmente

2g- Caso faça uso, qual a periodicidade:

5 diariamente 4 um dia e outro não 3 esporadicamente
2 Em caso de sintomas/complicações 1 nunca NSA

2h- Há quanto tempo faz uso de insulina: NSA

Meses: _____

2i- Quem aplica a insulina: NSR NSA

1 você 2 Parentes 3 vizinhos 4 prof. UBS 5 Outros

2j- Você foi orientado sobre como fazer a aplicação da inulina:

0 sim 1 não NSR NSA

2l- Se sim, quem o orientou a fazer a aplicação da inulina:

1 médico da UBS 2 outro médico 4 NASF
3 enfermeiro da UBS 5 outros _____

2m- Você poderia me mostrar como é?

(observar e anotar se faz corretamente ou não)

0 sim 1 não

2n- Nos últimos **30 dias** seguiu uma dieta alimentar conforme orientações dos profissionais da saúde?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

Nos últimos 30 dias:

2o- Você consumiu doces e/ou açúcar?

1 sempre 2 quase sempre 3 às vezes 4 quase nunca 5 nunca

2p- Você consumiu pães, bolos, biscoitos, macarrão ou algum outro carboidrato?

1 sempre 2 quase sempre 3 às vezes 4 quase nunca 5 nunca

2q- Você consumiu pães, bolos, biscoitos, macarrão ou algum outro carboidrato integral?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

2r- Você consumiu carne vermelha, leite integral, queijo e/ou outro alimento rico em gordura?

1 sempre 2 quase sempre 3 às vezes 4 quase nunca 5 nunca

2s- Você consumiu cinco ou mais porções de frutas, verduras e/ou vegetais?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

2t- Você consumiu exclusivamente adoçante?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

2u- Você consumiu cinco ou mais refeições diárias?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

2v- É fumante:

1 sim 0 não 2 ex-fumante

2v1- Se sim, qual o numero de cigarros por dia? _____

2x- Nos últimos **sete dias** consumiu bebida alcoólica:

1 sempre 2 quase sempre 3 às vezes 4 quase nunca 5 nunca

2z- Nos últimos **30 dias** praticou alguma atividade física (exceto serviço domestico) por pelo menos 30 minutos?

0 sim 1 não

2aa- Caso sim, que tipo de exercício?

(Digitar: 1- caminhada; 2- ginástica; 3- ATJ; 4- outros)

2ab- Com que frequência?

5 Nunca 4 1-2x/sem 3 3-4x/sem 4 5-6x/sem 5 Diariamente

3- COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO DIABETES

3a- Já precisou ser hospitalizado por causa do diabetes?

1 sim 0 não NSR

3b- Quando foi a última vez que foi hospitalizado pelo diabetes? (Registrar meses)? _____

3b1- Quantas vezes já foi hospitalizado por causa do diabetes? _____ NSR

3c- Tem hipertensão arterial diagnosticada?

1 sim 0 não IGN

3c1- Faz uso de algum medicamento?

1 sim 0 não IGN

3d- Esse problema foi causado pelo diabetes?

1 sim 0 não IGN NSA (Não se aplica)

3e- Tem problemas cardíacos diagnosticados?

1 sim 0 não IGN

3f- Esse problema foi causado pelo diabetes?

1 sim 0 não IGN NSA

3g- Tem disfunção renal diagnosticada?

1 sim 0 não IGN

3h- Esse problema foi causado pelo diabetes?

1 sim 0 não IGN NSA

3i- Tem alteração oftalmológica diagnosticada?

1 sim 0 não IGN

3j- Esse problema foi causado pelo diabetes?

1 sim 0 não IGN NSA

3l- Tem alteração na sensibilidade /presença de dor nos pés diagnosticada?

1 sim 0 não IGN

3m- Esse problema foi causado pelo diabetes?

1 sim 0 não IGN NSA

3n- Tem/já teve algum ferimento nos pés ou em outra parte do corpo que custou a cicatrizar?

1 sim 0 não IGN

3o- Esse problema foi causado pelo diabetes?

1 sim 0 não IGN NSA

3p- Já sofreu alguma amputação?

1 sim 0 não IGN

3q- Esse problema foi causado pelo diabetes?

1 sim 0 não IGN NSA

3r- Já sofreu um infarto?

1 sim 0 não IGN

3s- Esse problema foi causado pelo diabetes?

1 sim 0 não IGN NSA

3t- Já sofreu um acidente vascular cerebral?

1 sim 0 não IGN

3u- Esse problema foi causado pelo diabetes?

1 sim 0 não IGN NSA

4- ASSISTÊNCIA RECEBIDA PELO USUÁRIO DIABÉTICO

4.1- Quanto à busca por outros serviços de saúde

41a- Há quanto tempo é atendido pela mesma equipe de ESF? Meses _____ Anos _____

41b- Depois que iniciou seu tratamento junto a essa equipe de ESF, já precisou procurar outro serviço para consultar do diabetes?

1 sim 0 não IGN

41c- Caso sim, qual outro serviço procurou (não incluir consultas especializadas)

1 outra equipe de ESF 4 outra UBS
2 pronto atendimento 5 consultório médico (particular)
3 consultório médico (plano) 6 outro _____

4.2- Quanto ao atendimento individual

42a- Com que frequência vai a UBS para ser atendido e fazer acompanhamento do diabetes?

1 mensal 2 bimestral 3 trimestral 4 s/ periodicidade 5 nunca

42c- Ao sair da UBS, após seu atendimento para acompanhamento de diabetes, com que frequência já lhe informam a data que deverá voltar? NSR

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42d- Caso tenha um problema de saúde importante e necessite de uma consulta (medica e/ou de enfermagem), consegue ser atendido no mesmo dia na UBS? NSR

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42e- Caso **possa esperar para outro dia**, com que frequência já sai da UBS com a consulta marcada? NSR

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42f- Neste caso, em média, quanto tempo demora para sair a consulta na UBS? NSR

5 1-2 dias 4 2-4 dias 3 4-7 dias 2 7 -10 dias 1 > de 10 dias

42g- Quando vai para ser atendido, você precisa esperar **mais de 30 minutos** para consultar com o médico (sem contar triagem ou acolhimento)? NSR

1 sempre 2 quase sempre 3 às vezes 4 quase nunca 5 nunca

42h- Quando na UBS, precisa esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para ser atendido?

1 sempre 2 quase sempre 3 às vezes 4 quase nunca 5 nunca

42i- Quando vai consultar do diabetes na UBS, é atendido pelo mesmo **medico** com que frequência?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42j- Quando vai consultar do diabetes na UBS, é atendido pelo mesmo **enfermeiro** com que frequência?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42l- Quanto tempo dura em media a consulta com o medico? _____ minutos

42m- Quanto tempo dura em media a consulta com o enfermeiro? _____ minutos

42n- Acredita que o medico compreende tudo o que você diz ou pergunta?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42o- Acredita que o enfermeiro compreende tudo o que você diz ou pergunta?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42p- O medico responde suas perguntas de forma que você entenda?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42q- O enfermeiro responde suas perguntas de forma que você entenda?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42r- O medico lhe dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações e duvidas com o diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42s- O enfermeiro lhe dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações e duvidas com o diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42t- Você se sente a vontade contando para o medico

suas preocupações, dúvidas ou problemas com o diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42u- Você se sente a vontade contando para o enfermeiro suas preocupações, dúvidas ou problemas com o diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42v- O medico sabe quais são os problemas com o diabetes que realmente são importantes para você?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42x- O enfermeiro sabe quais são os problemas com o diabetes que realmente são importantes para você?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42z- O medico conhece todo o seu histórico de diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42aa- O enfermeiro conhece todo o seu histórico com o diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42ab- O medico sabe de todos os remédios que você está tomando para o diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42ac- O enfermeiro sabe de todos os remédios que você está tomando para o diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42ad- O medico lhe faz perguntas sobre a frequência que toma os remédios para o diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

42ae- O enfermeiro lhe faz perguntas sobre a frequência que toma os remédios para o diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

4.3- Quanto à consulta especializada

43a- Foi solicitado pelo seu medico alguma consulta especializada para cuidar do diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

43b- Alguém da UBS providencia a marcação desta consulta?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

43c- Você tem que esperar muito tempo para a consulta?

1 sempre 2 quase sempre 3 às vezes 4 quase nunca 5 nunca

43d- Quando vai para uma consulta especializada para tratar do diabetes, o medico/enfermeiro escreve alguma informação sobre sua doença e o motivo da consulta?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

43e- Ao procurar a UBS após a consulta, o medico conversou com você sobre o que aconteceu nela?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

43f- Ao procurar a UBS após a consulta, o enfermeiro conversou com você sobre o que aconteceu nela?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

43g- Durante a consulta, o medico faz registros em seu prontuário?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

43h- Durante a consulta, o enfermeiro faz registros em seu prontuário?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

4.4- Quanto aos procedimentos realizados durante a consulta de diabetes na UBS, com que frequência:

44a- Verificam seu peso

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44a1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44b- Verificam sua pressão arterial

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44b1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44c- Verificam sua glicemia

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44c1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44d- Examinam seus pés

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44d1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44e- Examinam seus olhos

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44e1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44f- Examinam sua boca

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44f1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44g- Examinam seu pescoço

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44g1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44h- Escutam seu coração

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44h1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44i- Medem sua cintura

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44i1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44j- Perguntam sobre sua saúde e sobre o diabetes

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44j1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44l- O escutam atentamente

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44l1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44m- Entregam antidiabéticos e/ou insulina

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44m1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44n- Perguntam sobre sua alimentação

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44n1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44o- Perguntam se está realizando atividades físicas

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44o1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

44p- solicitam exames laboratoriais

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

44p1- E na ultima consulta? 0 Sim 1 Não

4.5- Quanto à solicitação de exames laboratoriais

45a- Nos últimos **12 meses** seu medico/enfermeiro solicitou exames de sangue (relacionados ao diabetes)?

0 sim 1 não NSR

45b- Nos últimos **seis meses** seu medico/enfermeiro solicitou exames de sangue para medir o diabetes?

0 sim 1 não NSR

45c- Nos últimos **12 meses** seu medico/enfermeiro solicitou exames de urina (relacionados ao diabetes)?

0 sim 1 não NSR

45d- A UBS providencia a marcação dos exames solicitados para você?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

45e- Ao receber o resultado você tem facilidade para mostra-lo ao seu medico/enfermeiro?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

45f- Seu medico/enfermeiro conversa com você sobre os resultados do exame?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

4.6- Quanto a promoção da saúde/educação em saúde

46a- Você recebe orientações na UBS que é atendido sobre sua doença e formas de tratamento?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DO RESULTADO REFERENTE À ASSISTÊNCIA PRESTADA A PESSOA COM DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA

Página 4 de 4

46b- Você recebe orientações sobre as complicações do diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

46c- Você recebe orientações sobre a necessidade de praticar atividades físicas regularmente para controlar o diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

46d- Quem lhe da essa orientação (Multipla escolha)?

1 medico 2 enfermeiro 3 ACS 4 NASF 5 nenhum

46e- De modo geral, quais são as orientações?

46f- Você recebe orientações sobre a necessidade de realizar uma alimentação adequada para controlar o diabetes?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

46g- Quem lhe da essa orientação (Multipla escolha)?

1 medico 2 enfermeiro 3 ACS 4 NASF 5 nenhum

46h- De modo geral, quais são as orientações?

46i- Você recebe orientações na UBS que é atendido sobre como fazer uso correto dos antidiabéticos?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

46j- De modo geral, quais são as orientações?

46l- Você recebe orientações sobre a necessidade de parar de fumar? NSA

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

46m- Você recebe orientações sobre a necessidade de parar de usar bebida alcoólica? NSA

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

46n- Na UBS que é atendido são realizadas atividades educativas?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

46o- Você participa destas atividades educativas:

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

46p- Que tipo de atividades educativas são oferecidas? (Multipla Escolha)

1 palestra 4 discussão em grupo
2 entrega de material educativo 5 exibição de vídeos
3 trabalhos manuais 6 outros _____
7 mais de uma opção

46q- De que tipo de atividades educativas você mais gosta?

1 palestra 4 discussão em grupo
2 entrega de material educativo 5 exibição de vídeos
3 trabalhos manuais 6 outros _____
7 mais de uma opção 8 nenhuma das opções

46r- Fale-me por que (Gravar)

46r- Há algo que você não goste? Por que? (Gravar)

5- Satisfação com o atendimento recebido

5a- Já pensou em fazer ou fez alguma reclamação sobre o atendimento recebido na UBS que é atendido:

1 sempre 2 quase sempre 3 às vezes 4 quase nunca 5 nunca

5b- Você está satisfeito com o atendimento recebido na UBS que é atendido:

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

5c- Você é bem recebido por todos na UBS?

5 sempre 4 quase sempre 3 às vezes 2 quase nunca 1 nunca

5d- De 1 a 10, que nota dá para a assistência em diabetes que recebe nesta UBS? _____

5e- A que atribui essa nota? (Questão gravada)

5f- Há algo que gostaria que fosse diferente na UBS em que é atendido: 1 sim 0 não

5g- O que? (Gravar)

5h- O que mais gosta na UBS que é atendido? (Gravar)

5i- O que menos gosta na UBS que é atendido? (Gravar)

5i- Se fosse possível, indicaria essa UBS para algum amigo ou familiar? 0 sim 1 não NSR

5i- Por que? (Gravar)

Agradecemos pela sua participação!



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS NO AMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA EM MARINGÁ-PR.

Pesquisador: Sonia Silva Marcon

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22498813.0.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 448.162

Data da Relatoria: 07/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de caráter acadêmico (tese de doutorado) avaliativo descritivo, a ser desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem equipes da Estratégia Saúde da Família no Município de Maringá. A pesquisadora se propõe a avaliar o programa de atenção ao paciente com diabetes mellitus do município de Maringá-PR, tendo como informantes os gestores das UBSs do município (avaliação da estrutura), os enfermeiros que atuam como coordenadores das equipes da ESFs (avaliação do processo) e uma amostragem de adultos com diagnóstico de Diabetes mellitus, com cadastro no Programa Hiperdia de cada uma das equipes da ESF.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a assistência no âmbito da Estratégia Saúde da Família à pessoa com diabetes mellitus no município de Maringá-PR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é apresentado de forma clara e objetiva e possui mérito científico. A pesquisadora deseja realizar um estudo de avaliação do programa de atendimento ao paciente com diabetes

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4444

Fax: (44)3011-4518

E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 448.162

mellitus desenvolvido nas unidades básicas de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE em linguagem clara e acessível, na forma de convite. Esclarece que podem existir desconfortos tendo em vista o vínculo e a relação direta dos participantes com o serviço de atenção primária e os benefícios de para o aprimoramento do programa e controle da enfermidade nesta região. Oferece a oportunidade de recusa ou desistência da participação. Financiamento próprio no valor de R\$ 4.510,00. Apresenta folha de rosto devidamente preenchida e assinada, fornece os questionários que serão utilizados na pesquisa e fornece autorização da Secretaria Municipal de Saúde - CECAPS para realização do projeto.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

MARINGÁ, 06 de Novembro de 2013

Assinador por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4444

Fax: (44)3011-4518

E-mail: copep@uem.br