

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

Ana Caroline da Cunha Lima Leal

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO DIABÉTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA SEGUNDO A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS EM MUNICÍPIOS DO
ESTADO DE PERNAMBUCO**

RECIFE

2011

ANA CAROLINE DA CUNHA LIMA LEAL

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO DIABÉTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA SEGUNDO A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS EM MUNICÍPIOS DO
ESTADO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Orientadoras:

Prof^a Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Prof^a Dr^a Annick Fontbonne Brayner

**RECIFE
2011**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- L435a Leal, Ana Caroline da Cunha Lima.
Avaliação da atenção à saúde do diabético na Estratégia Saúde da Família segundo a perspectiva dos usuários em municípios do Estado de Pernambuco / Ana Caroline da Cunha Lima Leal. — Recife: A. C. C. L. Leal, 2011.
97 f. : il., graf., tab.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
Orientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse; co-orientadora: Annick Fontbonne.
1. Avaliação em saúde. 2. Satisfação do paciente. 3. Atenção primária à saúde. 4. Diabetes Mellitus. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Fontbonne, Annick. III. Título.

CDU 614.2

ANA CAROLINE DA CUNHA LIMA LEAL

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO DIABÉTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA SEGUNDO A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS EM MUNICÍPIOS DO
ESTADO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Isabela Chagas Samico
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Dra. Giselle Camposana Gouveia
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CPqAM/FIOCRUZ

Dra Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CPqAM/FIOCRUZ

À minha princesa tão desejada, Maria Luiza
Por me mostrar que tudo posso Naquele que me fortalece
Todo o meu amor incondicional

Ao meu marido, Quiercles (Kiko)
Por todo apoio, paciência e incentivo na concretização de mais um sonho,
Todo o meu amor

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a DEUS pela minha vida, por todas as oportunidades que, fortalecida Nele, consegui aproveitar e tirar ensinamentos e, principalmente, por ter colocado pessoas maravilhosas nos meus caminhos de vida pessoal, laboral e acadêmica.

Agradeço à coordenação da pesquisa SERVIDIAH, nas pessoas de Eduardo Freese e Eduarda Cesse, por terem cedido os resultados parciais para a realização deste estudo.

À Duda, que além de ter aceitado ser minha orientadora em mais um trabalho acadêmico, tornou-se minha amiga e conduziu de forma tão especial a orientação desta dissertação. Minha gratidão.

À Annick, que contribuiu não apenas como co-orientadora desta dissertação, mas também foi grande incentivadora e depositou total confiança em meus esforços durante todo o processo de trabalho na equipe SERVIDIAH.

A todos que fizeram e fazem parte da equipe de pesquisa SERVIDIAH por todas as colaborações para a realização desta dissertação, em especial a todos que participaram da coleta, codificação e digitação dos dados.

Aos membros da banca examinadora, Isabela Samico e Giselle Campozana, que se disponibilizaram e contribuíram com a leitura, crítica e fornecimento de referências tanto na qualificação do projeto deste estudo quando nesta dissertação.

Aos Secretários de Saúde dos municípios visitados, pelo apoio na divulgação e operacionalização do trabalho de campo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, que nos ajudaram a chegar aos usuários com tanta disponibilidade.

Aos usuários, que tão gentilmente aceitaram participar deste estudo e que, além de permitirem a nossa entrada em suas residências, revelaram suas satisfações e insatisfações com o acompanhamento do diabetes pela Estratégia Saúde da Família.

Ao Jaime e à Heloisa, que tiveram importante colaboração nesta dissertação com a construção do banco de dados informatizado em tempo hábil e facilitando as análises.

Às gerências dos serviços, Hospital Universitário Oswaldo Cruz e Distrito Sanitário V, que facilitaram, na medida do possível, minhas atividades laborais a fim de que eu estivesse presente em todas as disciplinas cursadas e etapas de execução desta dissertação.

A todos os colegas do Hospital Universitário Oswaldo Cruz e Distrito Sanitário V, pela compreensão dos meus momentos de ausência e por todos os manifestos de incentivo no

nosso dia-a-dia de trabalho. Especialmente à Sinara, pelos incontáveis “galhos” quebrados que foram essenciais para a realização e conclusão deste trabalho.

A todos os colegas de turma do mestrado, especialmente a: Yluska, Renata, Rapha, Louisiana, Fernando, Débora, pelos momentos de alegria, descontração, companheirismo, desabafos, desesperos e incentivos compartilhados.

A todos os professores deste curso de mestrado e todos os outros professores que contribuíram imensamente para minha formação pessoal e acadêmica, desde a infância e ao longo de minha vida.

A todos os servidores deste Centro de Pesquisa (recepção, xérox, limpeza, secretaria acadêmica, biblioteca, diretoria, entre outros), pela presteza e disponibilidade para contribuir com os processos necessários para conclusão deste curso. Em especial à Sidália, Nalvinha, Marcinha, Rafa, sempre tão carinhosas e cuidadosas ao prestarem seus serviços.

Aos meus amigos, pela compreensão de minha ausência em alguns momentos durante o período do mestrado.

Aos meus pais, Geazi e Neide, por TODO O AMOR que recebi e recebo deles, por tudo que fizeram por mim e por todos os ensinamentos de vida passados. Devo a vocês a pessoa que sou hoje!

Aos meus irmãos, Guga e Cathy, e familiares, pela paciência, compreensão, incentivo e tudo o que sempre fizeram e representaram para mim...

A meu marido, Kiko, que sempre me incentivou a atingir todos meus objetivos de vida, inclusive os acadêmicos, dando-me muito apoio, compreensão, força e amor, meu carinho e amor.

A minha filha, Maria Luiza, que “aguentou” os momentos de estresse da mãe durante sua formação e crescimento uterino por causa dos prazos para finalização do mestrado e conciliação com dois serviços, além de ter dividido o tempo da mamãe com esta dissertação nos primeiros meses de vida, minhas desculpas e amor incondicional.

“O fracasso em se utilizar o conhecimento disponível sobre a prevenção e o controle de doenças crônicas pode representar um risco desnecessário às gerações futuras” (OPAS, 2005).

LEAL, Ana Caroline da Cunha Lima. **Avaliação da atenção à saúde do diabético na Estratégia Saúde da Família segundo a perspectiva dos usuários em municípios do Estado de Pernambuco.** 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

A crescente prevalência mundial do Diabetes Mellito-2 tem relações estreitas com os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional dos últimos tempos. A Estratégia Saúde da Família, que tem o acompanhamento do DM – 2 como uma de suas prioridades, tem sido objeto de estudo da avaliação em saúde. Considerando a escassez de pesquisas sobre a satisfação dos diabéticos acompanhados nesta estratégia, sendo a perspectiva dos usuários de serviços de saúde, em termos de satisfação, valorizada por diversos autores, pois fornece informações importantes para completar e equilibrar a qualidade dos serviços, este estudo objetivou avaliar a atenção à saúde do diabético na Estratégia Saúde da Família segundo a perspectiva dos usuários em municípios do Estado de Pernambuco. Foi realizado um estudo transversal de avaliação da satisfação dos usuários numa amostra representativa e aleatória dos diabéticos acompanhados na Estratégia Saúde da Família em municípios pernambucanos. Os principais aspectos analisados foram: as explicações recebidas, habilidades de profissionais na última consulta devido ao DM-2, fornecimento de medicações e o acesso a consultas especializadas e internações devido ao DM-2. Foi realizada análise descritiva dos dados e aplicados testes estatísticos, quando necessário, com conclusões tomadas ao nível de significância de 5%. As análises revelaram que houve elevados percentuais de satisfação para todos os aspectos estudados, porém só foram identificadas diferenças estatísticas entre os municípios estudados em relação à satisfação com: explicações recebidas sobre a doença e o prognóstico, acesso a consulta com ‘outros especialistas’ e a internações. Além disso, observamos ausência de diferença significativa entre os diabéticos controlados (hemoglobina glicada - HbA1c < 7%) e mal controlados (HbA1c ≥ 7%) em relação à todas as variáveis de satisfação. Nossos achados sugerem que, apesar do elevado grau de satisfação identificado, os usuários apontaram aspectos importantes do acompanhamento do diabetes na Estratégia Saúde da Família que merecem ser revistos pelos municípios estudados.

Palavras Chave: Avaliação em Saúde, Satisfação do Paciente, Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus

LEAL, Ana Caroline da Cunha Lima. **Evaluation of healthcare for the diabetics in the Family Health Strategy from the perspective of users in municipalities in the state of Pernambuco.** 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ABSTRACT

The increasing worldwide prevalence of Diabetes Mellitus-2 has close links with the processes of demographic, epidemiological and nutritional transition profiles of recent times. The Family Health Strategy, which has the monitoring of diabetes as one of its priorities, has been the object of study of health evaluation. Considering the dearth of research on the satisfaction of diabetic patients followed at this strategy, despite the perspective of users of health services, in terms of satisfaction, is being valued by many authors to provide important information to supplement and balance the quality of services, this study focused on Evaluation of healthcare for the diabetics in the Family Health Strategy from the perspective of users in municipalities in the state of Pernambuco. We conducted a cross-sectional study of evaluation of user satisfaction in a random representative sample of diabetic patients followed in the Family Health Program in municipalities of Pernambuco. The main aspects analyzed were: the received explanations, the professional skills on the last visit due to the DM-2 and access to specialist consultations and hospitalizations due to DM-2. It was done a descriptive analysis of data and statistical tests, when necessary, with conclusions made at the significance level of 5%. The analysis revealed that there were high rates of satisfaction for all aspects studied, but were only identified statistical differences among the cities studied in relation to satisfaction with: received explanations about the disease and prognosis, access to consultation with 'other experts' and hospitalizations. Moreover, we observed no significant difference between diabetics controlled (glycated hemoglobin - HbA1c <7%) and poorly controlled (HbA1c \geq 7%) compared to all the variables of satisfaction. Our findings suggest that, despite the high degree of satisfaction identified, users pointed out important aspects of monitoring of diabetes in the Family Health Strategy which deserve to be reviewed by the cities studied.

Keywords: Health Evaluation, Patient Satisfaction, Primary Health Care, Diabetes Mellitus

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas do estudo. Pernambuco – 2010.....	35
Quadro 2 – Variáveis de uso do serviço do estudo. Pernambuco – 2010.....	36
Quadro 3 – Variáveis de satisfação dos usuários do estudo. Pernambuco – 2010.....	36
Gráfico 1 – Grau de Satisfação dos usuários diabéticos com o acompanhamento na Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco - 2011.....	55
Gráfico 2– Grau de Satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco com o acesso a consultas especializadas e internações devido ao diabetes - 2011.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da amostra, segundo município em Pernambuco - 2010.....	34
Tabela 2 - Caracterização dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de acordo com faixa etária, sexo, nível de estudo, renda mensal, ocupação atual e chefia da família, segundo municípios em Pernambuco - 2010.....	42
Tabela 3 – Distribuição de frequências absolutas e relativas dos hábitos de vida dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.....	43
Tabela 4 - Apresentação descritiva do tempo de conhecimento e idade em que descobriu o DM e a HAS associada dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.....	44
Tabela 5 - Apresentação da análise de variância do tempo de conhecimento e idade em que descobriu o DM e a HAS associada dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.....	44
Tabela 6 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características clínicas relativas ao tratamento dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.....	45
Tabela 7 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características clínicas relativas ao controle dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.....	46
Tabela 8 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características de uso do serviço, referentes às consultas nos últimos 12 meses, pelos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.....	47
Tabela 9 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características de uso do serviço, referentes às medidas realizadas em consultas nos últimos 12 meses, pelos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.....	48
Tabela 10 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características de uso do serviço, referentes ao tratamento medicamentoso, dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.....	49

Tabela 11 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características da satisfação, frente às explicações recebidas, dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.....	50
Tabela 12 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características da satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, frente aos aspectos da última consulta devido ao diabetes, em municípios de Pernambuco – 2010.....	51
Tabela 13 – Satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, frente ao acesso a consultas especializadas e internações devido ao diabetes, em municípios de Pernambuco - 2010.....	52
Tabela 14 – Relação da satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, frente às explicações recebidas, e controle do diabetes através da Hemoglobina glicada em municípios de Pernambuco – 2010.....	53
Tabela 15 – Relação da satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, frente à última consulta devido ao diabetes, e controle do diabete através da Hemoglobina glicada em municípios de Pernambuco – 2010...	53
Tabela 16 – Relação da satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, frente ao acesso a consultas especializadas e internações devido ao diabetes, e controle do diabete através da Hemoglobina glicada em municípios de Pernambuco – 2010.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA - Teste de Análise de Variância
APS - Atenção Primária à Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNES - Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPqAM - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DAC - Doenças do Aparelho Circulatório
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM – 2 -Diabetes Mellitus tipo 2
DM - Diabetes Mellitus
DS - Distritos Sanitários
ESF - Equipes Saúde da Família
EUA - Estados Unidos da América
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c - hemoglobina glicada
HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IMC - Índice de Massa Corporal
IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
IRD - Institut de Recherche pour le Développement
Lam-Saúde - Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde
N – Número
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAD - Pressão Arterial Diastólica
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PCATool - Primary Care Assesment Tool
PE – Pernambuco
PPG-Epidemiologia da UFRGS - Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
PMS - Pesquisa Mundial de Saúde

PMS-AB - Pesquisa Mundial de Saúde- Atenção Básica

PRAHD - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

RCQ - Razão cintura/quadril

SERVIDIAH – Projeto de pesquisa intitulado “Avaliação de SERVIÇOS de atenção à saúde para DIABÉTICOS e Hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família”

SM - Salário Mínimo

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

USF - Unidade de Saúde da Família

WHS - World Health Survey

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS PORTADORES DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	20
3 AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	24
4 JUSTIFICATIVA.....	29
5 OBJETIVOS.....	30
5.1 Geral	30
5.2 Específicos.....	30
6 MATERIAIS E MÉTODOS COMPLEMENTARES.....	31
6.1 O Contexto da pesquisa SERVIDIAH.....	31
6.2 Área de Estudo.....	31
6.3 População de Estudo / Período de Referência.....	32
6.4 Desenho de estudo	32
6.5 Desenho amostral.....	32
<i>6.5.1 Da amostra de municípios.....</i>	<i>33</i>
<i>6.5.2 Das equipes de saúde da família.....</i>	<i>33</i>
<i>6.5.3 Dos portadores de diabetes.....</i>	<i>33</i>
6.6 Estratégias do Estudo.....	34
<i>6.6.1 Delineamento do estudo/ coleta dos dados.....</i>	<i>37</i>
<i>6.6.2 Análise dos dados.....</i>	<i>38</i>
6.7 Considerações Éticas.....	39
7 RESULTADOS.....	41
8 DISCUSSÃO.....	56
9 CONCLUSÕES.....	64
REFERÊNCIAS.....	65
ANEXO A – Carta de Anuência do pesquisador coordenador da pesquisa SERVIDIAH.....	75
ANEXO B – Formulário utilizado pela pesquisa SERVIDIAH.....	76
ANEXO C – Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).....	94

1 INTRODUÇÃO

Os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional ocorridos, nos últimos tempos, nas diversas sociedades contemporâneas desenvolvidas ou em desenvolvimento, são referidos por vários autores (CESSE et al., 2006; CESSE; FREESE, 2006; FREESE; FONTBONNE, 2006; LOTUFO, 1998; YACH; KELLOGG; VOUTE, 2005). Associado a estes processos de transição, tem-se observado um aumento expressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), cujo “fardo” deve-se aos grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos afetados; bem como por serem causa de morte prematura e gerarem grandes – e subestimados – efeitos econômicos para as famílias, comunidades e sociedades em geral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Entre as DCNT, destacam-se as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), as quais são consideradas responsáveis pela proporção mais alta de mortes prematuras, seguidas pelas neoplasias (SCHRAMM et al., 2004). Além disso, as DAC também são responsáveis por grande parte dos auxílios-doença e aposentadorias por invalidez concedidas pela Previdência Social (MOURA, 2005).

O Diabetes Mellitus (DM), juntamente com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é considerado um dos principais fatores de risco para as DAC e tem afetado uma parcela relevante da população mundial (BRASIL, 2006a, 2006b). No Brasil, por não existirem estudos mais recentes sobre a prevalência do DM, ainda se toma como referência um estudo multicêntrico antigo, porém de grande relevância, realizado nos anos de 1986 até 1988, que apontou um índice de 7,6 % na população brasileira entre os 30-69 anos, atingindo valores próximos a 20% na população acima dos 70 anos. Este estudo mostrou que cerca de 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico e 25% dos diabéticos não fazem nenhum tipo de tratamento (MAERBI; FRANCO, 1992).

Esta patologia é uma doença crônica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente, ou quando o corpo não usa efetivamente a insulina que produz. Isto leva a um aumento da concentração de glicose no sangue (hiperglicemia). É classificado em: Diabetes Mellitus tipo 1, antes conhecido como infanto-juvenil ou insulino-dependente, caracterizado pela falta de produção da insulina; Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2), chamada anteriormente de diabetes do adulto ou não insulino-dependente, é causada pela ineficiência do uso da insulina produzida pelo corpo e resulta frequentemente do excesso de peso corporal e

inatividade física; e Diabetes Gestacional, que é a hiperglicemia reconhecida pela primeira vez durante a gravidez (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

O Diabetes Mellitus configura-se como uma epidemia mundial, está entre os problemas prioritários para o planejamento de ações e serviços de saúde que constam no Plano Municipal de Saúde de 2006-2009 de Recife (BRASIL, 2006a; RECIFE, 2005) e também representa problema relevante no quadro sanitário do Estado de Pernambuco. Segundo estimativas da Secretaria Estadual de Saúde, o Estado de Pernambuco possui 245.209 diabéticos (PERNAMBUCO, 2008). Além disso, o DM está entre as áreas estratégicas para a atuação da atenção básica em todo o território nacional e faz parte dos diversos temas prioritários de pesquisa que constam na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2006c, 2008).

Apesar da magnitude desta doença, o DM-2 é passível de medidas preventivas e de controle, porém, se não for bem controlado, pode levar ao aparecimento de complicações, tais como: o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, o pé diabético, as amputações de pés e pernas e a cegueira definitiva, entre outras; além disso, a falta de controle desta patologia também pode elevar os custos da manutenção da saúde dos pacientes e reduzir a qualidade de vida dos mesmos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 1998; BRASIL, 2006a, 2006b; COLLINS, 1990; FONTBONNE; FREESE, 2006; UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP, 1998a, 1998b; WILLIAMS; VAN GAAL; LUCIONI, 2002).

Assim, o acompanhamento e controle do DM-2, no âmbito da atenção primária à saúde (APS), que é o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde do Brasil e inclui a Estratégia Saúde da Família, poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade por esta doença (BRASIL, 2006a, 2006b; STARFIELD, 1992). Esse fato leva a necessidade de reforço das ações relacionadas com a APS, com prioridade à prevenção, promoção da saúde, integralidade, continuidade e coordenação dos cuidados aos doentes (BODENHEIMER et al., 2002; ROTHMAN; WAGNER, 2003).

Nesse contexto, a avaliação da atenção à saúde de diabéticos acompanhados na Estratégia Saúde da Família faz-se necessária, já que a avaliação em saúde apresenta um alto potencial, enquanto componente subsidiário do planejamento e gestão, possibilitando um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (DESLANDES, 1997). E, considerando que alguns autores referem a importância dos atores dos serviços de saúde, principalmente dos usuários, na avaliação e afirmam que a perspectiva destes atores,

em termos de satisfação, fornece informações essenciais para completar e equilibrar a qualidade dos serviços (ATKINSON, 1993; UCHIMURA; BOSI, 2002), o presente estudo visou avaliar a atenção à saúde do diabético na Estratégia Saúde da Família segundo a perspectiva dos usuários em municípios do Estado de Pernambuco (PE).

2 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS PORTADORES DE DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Na maioria dos países desenvolvidos, a oferta de cuidados adequados aos doentes crônicos fica comprometida, principalmente, por problemas na organização dos sistemas de saúde, muitas vezes fragmentada. Observa-se, então, um baixo nível de resolutividade das ações, com dificuldades para tomar medidas oportunas, duplicação de consultas, falta de coordenação etc. (VELASCO-GARRIDO et al., 2003). Uma das soluções apontadas refere-se ao aumento da cooperação entre os profissionais que atuam diretamente nos cuidados aos doentes crônicos o que, por sua vez, implica em reforço do nível de atenção primária à saúde, por muito tempo um campo relativamente desprezado dentro dos sistemas de saúde do Primeiro Mundo (LAM, 2004).

Na América Latina, assim como em grande parte dos países em desenvolvimento, a Atenção Primária à Saúde sempre foi considerada, desde a declaração de Alma Ata, como um dos componentes-chave de um sistema de saúde eficaz e a melhor forma possível de atingir a meta da "Saúde para Todos" (FENDALL, 1978; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005). A Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária e competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 1992).

No Brasil, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde atuavam basicamente na área de prevenção de doenças transmissíveis, a partir de programas verticais, campanhas de vacinação e de controle de endemias rurais e urbanas. No que diz respeito ao acesso da população a serviços de assistência médica, os brasileiros eram divididos em três grupos: os que podiam pagar diretamente pelos serviços médicos; os trabalhadores segurados com acesso à rede de Previdência Social; e a população rural e indigente, sem qualquer direito explícito e pouco ou nenhum acesso a cuidados médicos individuais (BRASIL, 2005).

Ao longo dos anos, ocorreram importantes mobilizações sociais, com especial destaque ao movimento da reforma sanitária, que envolveu trabalhadores da saúde, acadêmicos e população em geral. Como fruto destes movimentos, ocorreu a organização da VIII Conferência Nacional de Saúde e a mobilização para aprovação do texto da Constituição

Federal de 1988, que definiu a saúde como “um direito de todos e um dever do estado” em seu art.196 (BRASIL, 1988; MENDES, 2001).

Além disso, a Constituição de 1988, também estabeleceu as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde, o qual deve: ser universal, permitindo o acesso irrestrito a todos os brasileiros; ser descentralizado, com ênfase à gestão municipal (local); ter redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, permitindo mecanismos de integração e sistemas de referência; ser integral, oferecendo todos os tipos de serviços, voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação; ter gestão única em cada esfera de governo e participação e controle da comunidade (BRASIL, 1988).

Para a regulamentação do Sistema foram ainda aprovadas pelo Congresso Nacional as Leis Orgânicas da Saúde de nº 8080 de 1990, que define atribuições dos 3 níveis de governo (Federal, estadual e municipal) e a de nº 8142 de 1990, que regulamenta os mecanismos de Controle Social do SUS, estabelecendo normas para funcionamento das Conferências e dos Conselhos Nacionais de Saúde (BRASIL, 1990 a, 1990b).

Além disso, foram criadas instâncias de negociação entre os gestores das três esferas de governo – as Comissões Gestoras Tripartite (nível nacional com os três governos representados) e Bipartites (Nível estadual, com representantes do estado e municípios) – e de participação e controle da população – Os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde. As Normas Operacionais acordadas nas comissões gestoras orientam e regulam a organização do SUS. Essas normas definem as relações entre os níveis gestores, aí incluídos os mecanismos de repasse de recursos (financeiros, humanos e materiais e equipamentos) e mecanismos de referência e contra referência dentre outros (BRASIL, 2000a).

Dentre os modelos de assistência à saúde na atenção primária do Brasil, a Estratégia Saúde da Família, criada em 1994 e pautada no modelo de Vigilância à Saúde, representa importante mecanismo para a prevenção e controle do DM. Tal importância é decorrente do fato da Estratégia Saúde da Família colocar a família no foco de atenção e trabalhar com a territorialização e adscrição de clientela a fim de racionalizar o trabalho e potencializar os recursos disponíveis, atendendo às reais necessidades da população (BRASIL, 2004).

Apesar dos avanços no que se refere aos princípios norteadores do SUS e às estratégias propostas, ainda se enfrenta uma série de dificuldades, destacando-se a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; falta de complementaridade entre rede básica e o sistema de referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; baixo investimento

na qualificação dos trabalhadores e no fomento à co-gestão e, ainda, desrespeito aos direitos dos usuários (BRASIL, 2006d)

Com vistas a caminhar na perspectiva de superação destas dificuldades e na direcionalidade dos princípios constitucionais, o Ministério da Saúde aprova em 2006 o “Pacto pela Saúde”, com a finalidade de pactuar novos compromissos e responsabilidades em nível federal, estadual e municipal, com ênfase nas necessidades de saúde da população, articulando três componentes básicos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. E, ao tratar do Pacto pela Vida, o Ministério da Saúde definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde” (SUS) (BRASIL, 2006e)

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006c) define que a Estratégia Saúde da Família deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família (ESF) atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; e buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e ser um espaço de construção de cidadania.

No que diz respeito à atenção voltada para os portadores de DM, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2001a, as diretrizes e metas do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PRAHD) no Sistema Único de Saúde. Deste modo, definiu prioridades e estabeleceu como diretrizes principais a atualização dos profissionais da rede básica, a garantia do diagnóstico, a vinculação do paciente às Unidades Básicas de Saúde para tratamento e acompanhamento, com a garantia de medicamentos, ações de promoção da saúde e controle de fatores de risco, bem como a reorganização da alta e média complexidade e a instituição de elencos mínimos de informações sobre a ocorrência dessa doença, com o objetivo de promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2001a).

Este plano define estratégias, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal. Como suporte informacional para o acompanhamento do programa, foi desenvolvido e vem sendo implantado desde 2002 o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), informatizado, com interface na internet. No que tange ao tratamento dos hipertensos e diabéticos, foi instituído o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica Básica (BRASIL, 2005a).

Devido à magnitude da prevalência e das conseqüências do DM, a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores desta patologia e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle dessa doença. Assim, a equipe de saúde da família deve atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias e atendimento aos portadores de DM (BRASIL, 2006 a, 2006f).

Deste modo, o Ministério da Saúde vem promovendo a reorganização da atenção às doenças crônicas, particularmente à HAS e ao DM, com a expansão acentuada e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, que redefiniu sua importância enquanto estratégia reorganizada da APS e colocou questões relacionadas à qualificação das equipes no centro da discussão, impulsionando a necessidade de sua articulação efetiva (BRASIL, 2001b, 2003). A Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes objetiva articulação e integração de ações visando a redução dos fatores de risco e da morbimortalidade por essas doenças e suas complicações nos diferentes níveis de complexidade, nos setores públicos e privados, priorizando a promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce e atenção de qualidade na atenção básica (BRASIL, 2005a).

A prevenção e o controle da hipertensão arterial e do diabetes são ações prioritárias na Atenção Básica. Para o diabetes estão previstas medidas preventivas e de promoção da saúde: ações educativas sobre condições de risco (obesidade, sedentarismo); ações educativas e de apoio para prevenção de complicações: cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo, controle de pressão arterial e das dislipidemias; ações educativas para autoaplicação de insulina; diagnóstico de casos; cadastramento de portadores; busca ativa de casos; tratamento dos doentes; monitorização dos níveis de glicose sanguínea e diagnóstico precoce de complicações; primeiro atendimento de urgência e encaminhamento de casos. Essas ações são desenvolvidas na rede de atenção básica do SUS (BRASIL, 2006a).

3 AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação das ações de saúde vem ganhando espaço, recentemente, como campo de conhecimento e de prática fundamental para se compreender o que foi feito e seus efeitos durante os caminhos percorridos pela atenção à saúde para transpor o modelo de assistência nos últimos 20 anos (FIGUEIRÓ et al., 2004). A existência de múltiplas experiências voltadas para a implementação da avaliação, nas diversas dimensões do SUS, traduz um reconhecimento da avaliação como componente da gestão em saúde (BRASIL, 2005b). Entretanto, a avaliação em saúde, no Brasil, apresenta-se num contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e gestão (BRASIL, 2003).

Nas últimas décadas, foram desenvolvidas, de forma progressiva no Brasil, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde. Entre estas iniciativas, são referidas desde a realização de pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados (FELISBERTO, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, para atingir o seu propósito fundamental, qual seja dar suporte aos processos decisórios no âmbito do SUS, a avaliação deve subsidiar a identificação de problemas e reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005b).

No entanto, Tanaka e Melo (2004) referem que é importante distinguir as diferenças entre a avaliação como pesquisa, a qual tem por objetivo o conhecimento, com enfoque principal no impacto, da avaliação para subsidiar o processo de gestão, que objetiva a tomada de decisão/aprimoramento, com enfoque na caracterização, compreensão, quantificação. As principais dificuldades da operacionalização e sistematização da avaliação em serviços de saúde relacionam-se com a diversidade de terminologias, o domínio da teoria conceitual, técnicas e métodos, bem como, com a finalidade da avaliação (CASTIEL, 1986; SILVA; FORMIGLI, 1994; TANAKA; MELO, 2004).

O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, a partir da necessidade do Estado encontrar meios para que a alocação dos recursos fosse eficaz, já que este estava substituindo o mercado. Apesar dos economistas terem sido os pioneiros da avaliação, os métodos para verificar custos e vantagens de programas desenvolvidos por eles mostraram-se insuficientes nas abordagens em campos de atuação de saúde e educação. Posteriormente, o trabalho interdisciplinar e a insistência nos aspectos metodológicos tornaram-se imperativos e resultaram na “profissionalização” da avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Para Serapione (1999), a partir dos anos 80, as investigações e estudos não se limitavam mais apenas à análise dos custos das atividades no campo da saúde, passando a ter interesse também com o controle de qualidade e a satisfação dos usuários.

De acordo com Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação é julgamento de valor que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, a fim de auxiliar na tomada de decisões. E, este julgamento pode ser resultado de uma avaliação normativa, a qual aplica critérios e normas no estudo de cada um dos componentes da intervenção, ou de uma pesquisa avaliativa, que é elaborada a partir de um procedimento científico com objetivo de examinar as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção.

A avaliação dos serviços de saúde tem sido realizada em vários países nos últimos tempos, para tanto são utilizados vários métodos. Pesquisas canadenses têm utilizado o modelo da avaliação proposta por Contandriopoulos et al. (1997), método que também tem sido utilizado no Brasil. Em Recife, estudos dessa natureza foram realizados a fim de identificar o grau de implantação de Programas e melhorar os cuidados de atenção primária direcionados aos hipertensos e diabéticos (COSTA, 2007; PEREIRA, 2007).

Nos Estados Unidos da América (EUA), há pesquisas focadas para a avaliação da atenção primária à saúde com base nos seus atributos essenciais e derivados, através do Primary Care Assesment Tool (PCATool), um instrumento originalmente criado e validado neste país (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001), validado no Brasil pela equipe do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPG-Epidemiologia da UFRGS (HARZHEIM et al., 2006a) e que tem mostrado resultados variáveis na avaliação dos atributos da atenção primária (ELIAS et al., 2006; IBANEZ et al., 2006).

Tanaka e Melo (2004) referem, a importância de considerar a complexidade da avaliação de serviços de saúde, os quais têm o usuário como uma parte integrante dos mesmos e, assim, defendem que se deve considerar a perspectiva dos usuários no processo da

avaliação. Alguns autores consideram a importância dos atores dos serviços de saúde, principalmente dos usuários, na avaliação e afirmam que a perspectiva destes, em termos de satisfação, fornece informações essenciais para completar e equilibrar a qualidade dos serviços (ATKINSON, 1993; UCHIMURA; BOSI, 2002).

O aumento do interesse pela qualidade dos serviços de saúde nos últimos anos é decorrente de alguns fatores, tais como a crise fiscal do estado social e a necessidade de reduzir despesas públicas que estimularam, sem dúvida, um maior interesse pela busca de modalidades mais eficientes e eficazes para o uso dos recursos; a necessidade de reduzir as queixas e os procedimentos judiciais encaminhados pelos pacientes insatisfeitos, que também contribuiu para o crescimento da atenção a respeito da satisfação do usuário; e finalmente a exigência de recuperar a unidade do paciente - depois da divisão mente-corpo, produzida pelo grande avanço da medicina especialista e técnico-científica - tem contribuído igualmente para o reconhecimento do ponto de vista dos usuários (SERAPIONE, 1999)

Esperidião e Trad (2005) citam alguns estudos que referem a difusão da utilização de perguntas dirigidas aos usuários dos serviços de saúde avaliados, na prática da avaliação, a partir dos anos 60, na Europa e EUA, com interesse inicial nos estudos de adesão ao tratamento e, posteriormente, nas décadas de 70 e 90, inserida no movimento da qualidade destes serviços.

No Brasil, com a redemocratização que fortaleceu movimentos e associações reivindicando melhorias nos serviços de saúde nos anos 80, os estudos de satisfação ganharam destaque a partir da metade da década de 90, a partir do fortalecimento do controle social no SUS, através da participação comunitária nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006), resultando numa ampliação da literatura a este respeito.

As pesquisas de satisfação, realizadas desde a década de 90 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), focalizavam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais, diferentemente daquelas pesquisas introduzidas pela OMS no ano 2000, nas quais o termo responsividade surgiu referindo-se aos elementos não diretamente ligados ao estado de saúde, envolvendo também o respeito pelas pessoas e a orientação do serviço para o cliente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000; VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Porém, Aspinal et al. (2003), Esperidião e Trad (2005) e Turrís (2005) referem a pobre teorização a respeito do conceito da satisfação, o que influencia numa diversidade de métodos e técnicas utilizados para a estudar, havendo pouco consenso entre os pesquisadores.

Segundo Esperidião e Trad (2006), o conceito de satisfação pode refletir diferentes objetivos de pesquisa, avaliar a qualidade ou conhecer a percepção do usuário, e se relaciona com uma série de eventos dos serviços, entre médicos e não médicos. Segundo as autoras, a análise da literatura por elas estudada permitiu inferir que há perda da utilidade analítica do conceito de satisfação, na medida em que este se aplica desde as “amenidades do cuidado”, referindo-se a alimentação, limpeza e conforto, até a qualidade técnica dos serviços. Porém, Vieira-da-Silva e Formigli (1994) referem que a avaliação de alguns atributos, como a cobertura, a qualidade técnico-científica e a satisfação do usuário, podem fornecer subsídios para uma estimativa do impacto esperado de determinadas práticas de saúde em relação aos problemas de saúde.

De acordo com Donabedian (1984) a satisfação do usuário, como um atributo da qualidade, tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio para produzir a adesão do paciente ao tratamento. Além disso, ao refletir sobre o conceito de saúde da OMS, no qual saúde é definida como um estado de bem estar físico, mental e social, Vuori (1991) afirma que, se aceitamos este conceito, temos que aceitar que a satisfação do paciente tem um papel na qualidade do cuidado, pois um paciente insatisfeito não está num completo estado de bem estar mental e social.

Ao realizarem uma revisão de literatura dos estudos voltados para a análise metodológica das avaliações de satisfação de usuários com o serviço de saúde, Esperidião e Trad (2005) observaram que os métodos e técnicas variam em um largo escopo. Os métodos quantitativos são os mais utilizados, com predomínio de questionários e escalas que permitem revelar aspectos mais gerais do fenômeno, porém, são criticados por não responderem a questões mais subjetivas; já os métodos qualitativos são capazes de trabalhar os dados subjetivos da satisfação, são centrados na explicação de aspectos do mesmo fenômeno, entretanto, também têm fatores limitadores, tais como: a possibilidade de inibição da honestidade de pacientes e familiares em entrevistas face a face e o grande consumo de tempo para estabelecimento de uma relação entre o pesquisador e usuários (ASPINAL et al., 2003; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; TANAKA; MELO, 2004).

Desse modo, sugere-se a combinação de múltiplas abordagens a fim de dar conta da complexidade dos serviços de saúde e de superar os limites associados a cada uma delas em particular; uma vez que as duas abordagens não se encontram em situação de oposição, e sim de continuidade e complementaridade (ASPINAL et al., 2003; MINAYO; SANCHES, 1993; SERPA, 2002).

Os aspectos que influenciam na produção de satisfação e insatisfação são muitos, e estes estão sempre variando entre os estudos. Reis et al. (1990) referem que vários fatores afetam a percepção do paciente, e entre eles destacam-se as experiências anteriores de cuidados médicos recebidos, em que condições elas ocorreram e o seu estado atual de saúde. Trad et al. (2002) complementam citando que na avaliação de satisfação o sujeito enfatiza uma combinação do ideal de serviço, noção de serviço merecido, experiência passadas e um nível subjetivo de qualidade aceitável. Assim, a avaliação dos usuários é difícil de ser aferida, afinal, trata-se de mensuração de opiniões, influenciada por diferentes situações, expectativas e antecedentes (KOTAKA, 1997).

A despeito da variabilidade de formas de se conceber e de medir a satisfação dos usuários, Esperidião e Trad (2005) citam vários autores que obtiveram como resultados de seus estudos altas taxas de satisfação, fenômeno também conhecido como efeito de “elevação” das taxas de satisfação que leva pesquisadores a questionar a validade de tais estudos. Vaitsman e Andrade (2005) referem que, na maioria dos estudos realizados, quem utiliza os serviços, sejam eles chamados de pacientes ou usuários, são muito pouco críticos em relação à sua qualidade. Entretanto, Gouveia et al. (2005), ao analisarem os dados do World Health Survey (WHS) do Brasil, observaram um grau de insatisfação entre os usuários, sendo o menor grau de satisfação relacionado ao acesso e atributos dos serviços. Além disso, estes autores referem que o grau de satisfação com serviços públicos é menor em relação aos privados.

4 JUSTIFICATIVA

Considerando:

- a) A contemporaneidade da implantação da Estratégia Saúde da Família e do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus;
- b) As potencialidades do uso da avaliação em saúde para a melhoria das ações propostas;
- c) A crescente prevalência do DM-2, patologia passível de medidas preventivas no âmbito da atenção primária à Saúde, da qual faz parte a Estratégia Saúde da Família, mas que pode levar ao aparecimento de complicações, muitas vezes incapacitantes, as quais elevam os custos da manutenção da saúde dos pacientes bem como reduzem a qualidade de vida dos mesmos;
- d) A carência de estudos que avaliem a atenção à saúde do diabético, do ponto de vista da satisfação do usuário com a Estratégia Saúde da Família do Estado de Pernambuco;
- e) A possibilidade de contribuição na melhoria da atenção à saúde do diabético no Estado.

Justifica-se a realização deste estudo, a partir da análise dos resultados parciais da Pesquisa SERVIDIAH, avaliando a atenção à saúde do diabético na Estratégia Saúde da Família segundo a perspectiva dos usuários em municípios do Estado de Pernambuco.

5 OBJETIVOS

5.1 Geral

Avaliar a atenção à saúde do diabético na Estratégia Saúde da Família segundo a perspectiva dos usuários em municípios do Estado de Pernambuco.

5.2 Específicos

- a) Traçar o perfil socioeconômico, demográfico e clínico dos usuários diabéticos acompanhados na Estratégia Saúde da Família;
- b) Descrever o uso dos serviços pelos segundo os usuários diabéticos acompanhados na estratégia Saúde da Família;
- c) Descrever a satisfação dos usuários diabéticos acompanhados na Estratégia Saúde da Família;
- d) Avaliar a satisfação dos usuários diabéticos acompanhados na Estratégia Saúde da Família em função do controle clínico (através da Hemoglobina Glicada).

6 MATERIAIS E MÉTODOS COMPLEMENTARES

6.1 O Contexto da pesquisa SERVIDIAH

Esta dissertação, intitulada “**Avaliação da atenção à saúde do diabético na Estratégia Saúde da Família segundo a perspectiva dos usuários em municípios do Estado de Pernambuco**”, trata-se de um subproduto de uma pesquisa maior de título “**SERVIDIAH: Avaliação de SERVIÇOS de atenção à saúde para DIABéticos e Hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família**”.

A pesquisa SERVIDIAH, por sua vez, é parte integrante de uma linha de pesquisa em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), articulada com a avaliação das ações desenvolvidas na atenção básica, realizada pelo Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (Lam-Saúde), do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM / FIOCRUZ), com apoio do Grupo de Estudo de Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e Grupo de Estudo de Economia Política da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Conta, ainda, com a cooperação estrangeira do Institut de Recherche pour le Développement (IRD), tendo sido aprovado por fontes de fomento à pesquisa (PAPES V / FIOCRUZ; FACEPE e CNPq).

6.2 Área de Estudo

O Estudo foi realizado em quatro (04) municípios do Estado de Pernambuco (Recife, capital pernambucana, Caruaru, São Lourenço da Mata e Abreu e Lima). Pernambuco está localizado no centro-leste da região Nordeste do Brasil, possui área territorial de 98.938 Km² e densidade demográfica de 80,37 habitantes por Km² e, atualmente, seu território está dividido em 184 municípios, além do território de Fernando de Noronha (PERNAMBUCO, 2009).

6.3 População de Estudo / Período de referência

Foi considerada, para este estudo, uma amostra de 205 diabéticos, com idade igual ou superior a 20 anos, cadastrados em Equipes de Saúde da Família (ESF) de municípios do estado de Pernambuco, entrevistados entre Outubro de 2009 e Junho de 2010. As ESF estavam prestando atividades assistenciais pelo menos desde Agosto de 2008.

6.4 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo de avaliação da atenção à saúde de diabéticos cadastrados em ESF da Estratégia Saúde da Família segundo a perspectiva dos usuários em municípios pernambucanos.

6.5 Desenho amostral

Trata-se de uma amostra representativa dos diabéticos cadastrados nas ESF dos municípios estudados, cujos dados foram cedidos pela coordenação da Pesquisa SERVIDIAH, conforme carta de anuência do pesquisador coordenador (Anexo A).

A seleção da amostra ocorreu em três fases:

- a) Primeiro foram selecionados os quatro (04) municípios, por critérios de conveniência, entre os 35 municípios que compõem a amostra da Pesquisa SERVIDIAH;
- b) Em seguida, foram consideradas as equipes de saúde da família sorteadas pela Pesquisa SERVIDIAH dentro destes municípios;
- c) Finalmente, foram considerados os diabéticos sorteados aleatoriamente, dentre os usuários cadastrados em cada uma das equipes sorteadas pela referida pesquisa.

6.5.1 Da amostra de municípios

A escolha dos municípios deste estudo foi balizada por critérios de conveniência, considerando os dados disponíveis na pesquisa SERVIDIAH. Assim, foram selecionados os seguintes municípios: Recife, Caruaru, São Lourenço da Mata e Abreu e Lima.

6.5.2 Das Equipes de Saúde da Família

Em cada município selecionado para compor a amostra deste estudo, foi considerado o total de ESF sorteadas aleatoriamente segundo os critérios da pesquisa SERVIDIAH, a qual havia sorteado um total de 273 ESF que foram divididas proporcionalmente por porte populacional e sede de macrorregiões para obter um número significativo de equipes distribuídas pelo território de Pernambuco. Para realização do sorteio, foi considerada a relação de todas as ESF atuando no estado de Pernambuco em Agosto de 2008 a partir da última base do Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) "EPPE0808".

Porém, como a coleta de dados não havia terminado na capital pernambucana, optou-se por incluir apenas as ESF de dois Distritos Sanitários (DS) do Recife (DS I e DS III), cujos bancos de dados foram concluídos e disponibilizados em tempo hábil para finalização desta dissertação. Deste modo, este estudo contou com um número de 11 ESF em Recife (DS I e DS III), 10 ESF em Caruaru, 15 ESF em São Lourenço da Mata e 16 ESF em Abreu e Lima, totalizando 52 ESF, dentro das quais os diabéticos cadastrados foram sorteados.

6.5.3 Dos portadores de Diabetes

O número de diabéticos incluídos neste estudo foi obtido a partir do cálculo dos diabéticos para estratégia do sorteio da pesquisa SERVIDIAH. Dado o número de municípios e potência estatística da referida pesquisa, seria necessário entrevistar 4,5 (entre 4 e 5) diabéticos cadastrados nas ESF dos municípios de grande porte (Recife e Caruaru) e 3,5 (entre

3 e 4) diabéticos cadastrados nas ESF dos municípios de médio porte (São Lourenço da Mata e Abreu e Lima).

Portanto, considerando os portes dos municípios deste estudo, o número de ESF sorteadas em cada um deles e o cálculo de diabéticos em cada ESF, a partir dos parâmetros estatísticos utilizados na pesquisa SERVIDIAH, o total de usuários diabéticos incluídos neste estudo seria 203 (entre 181 e 229). Assim, como número final de usuários diabéticos incluídos neste estudo foi de 205, não atingiu o máximo esperado (229) devido a algumas perdas por motivos operacionais da pesquisa SERVIDIAH, mas ficou dentro do intervalo esperado (181 e 229). A distribuição da amostra dos usuários incluídos neste estudo está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição da amostra, segundo municípios em Pernambuco - 2010.

Municípios	Nº ESF	NºDM / ESF	Nº esperado de DM por município	Nº de DM entrevistado por município
Recife* (DS I e III)	11 ESF	4,5 (entre 04 a 05)	49,5 (44 a 55)	46
Caruaru*	10 ESF	4,5 (entre 04 a 05)	45 (40 a 50)	47
São Lourenço**	15 ESF	3,5 (entre 03 a 04)	52,5 (45 a 60)	58
Abreu e Lima**	16 ESF	3,5 (entre 03 a 04)	56 (48 a 64)	54
Total geral	52 ESF		203 (181 a 229)	205

Fonte: Elaboração própria

Nota: * Município de Grande Porte; ** Município de Médio Porte.

6.6 Estratégias do Estudo

Para atingir os objetivos propostos, foram analisadas variáveis relativas às características socioeconômicas e demográficas, características dos hábitos de vida, história da doença e clínicas, ao uso dos serviços e à satisfação dos usuários diabéticos que constavam no formulário empregado pela pesquisa SERVIDIAH (Anexo B) e estão listadas nos Quadros (1, 2, e 3) que são apresentados em seguida.

Quadro 1 – Variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas do estudo. Pernambuco – 2010.

Características Socioeconômicas e demográficas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faixa Etária (em anos). A idade dos entrevistados foi calculada a partir da data de nascimento presente no formulário e, em seguida, foi agrupada nas seguintes faixas etárias: 20 a 54 anos, 55 a 64 anos, 65 a 74 anos e 75 anos e mais 2. Sexo (Masculino e Feminino) 3. Nível de estudo. Categorizado em: <u>Sem escolaridade formal</u> (Analfabeto; sabe ler e escrever); <u>Até primeiro grau incompleto</u> (primário incompleto; primário completo; primeiro grau incompleto); <u>Primeiro grau completo e mais</u> (Primeiro grau completo, segundo grau, técnico; superior, pós-graduação) 4. Ganhos no último mês (em Salário Mínimo - SM). Categorizada da seguinte forma: até um SM; mais de um até 4 SM e mais de 4 SM) 5. Ocupação atual. Esta variável foi categorizada em: trabalha (empregado, com carteira assinada; empregado, sem carteira assinada; fazendo biscates; dono do próprio negócio; trabalhador autônomo) e não trabalha (desempregado; dona de casa; aposentado; auxílio doença - encostado por doença; pensionista; outro) 6. Chefe de família. Esta variável foi criada, sendo que os indivíduos que não responderam as questões 23 e 24 (do bloco se o senhor / senhora não é o chefe da família) foram considerados como chefes da família, enquanto os que responderam estas questões não foram considerados chefes da família.
Características dos hábitos de vida, história da doença e clínicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atividade física de lazer (Leve; Moderada; Não tem) 2. Hábito de fumar (Sim, fumo atualmente; Fumei no passado, mas parei de fumar; Nunca fumei) 3. Consumo de bebidas alcoólicas (Sim, ao menos uma vez por semana; Sim, menos que uma vez por semana; Nunca consumi; Parei de consumir) 4. Tempo de conhecimento do DM (em anos) 5. Idade que descobriu o DM (em anos) 6. Presença de HAS associada (Sim; Não) 7. Tempo de conhecimento da HAS (em anos) 8. Idade que descobriu a HAS (em anos) 9. Uso atual de comprimidos e/ou insulina (injeções) para tratar o diabetes (Sim; Não) 10. Uso atual de comprimidos para tratar a HAS (Sim; Não) 11. Controle da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD), segundo a seguinte classificação: bem controlado (PAS média < 140 e PAD média < 90); (super) bem controlados (PAS média < 130 e PAD média < 80) e mal controlados (PAS média > 140 e PAD média > 90). Sendo que as médias da PAS e da PAD foram calculadas a partir de três medidas. 12. Resultado da hemoglobina glicada por punção capilar, classificado em controlado (<7,0%) e mal controlado (≥7,0%). 13. Índice de Massa Corporal (IMC), calculado segundo a fórmula peso (Kg)/altura² (m²), em seguida foi classificado como normal (de 18-24,9 Kg/m²), sobrepeso (de 25,0 a 29,9 Kg/m²) e obeso (≥30,0 Kg/m²). 14. Razão cintura/quadril (RCQ), classificada em alta (para homens maior ou igual a 1 e para mulheres maior ou igual a 0,80) e baixo (para homens menor do que 1 e para mulheres menor do que 0,80).

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2 – Variáveis de uso do serviço do estudo. Pernambuco – 2010.

Características de uso do serviço	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participação em atividade educativa em grupo de diabéticos (Sim; Não) 2. Nº de consultas devido ao diabetes 3. Motivo da última consulta (Acompanhamento regular sem motivo de saúde específico; problema específico relacionado ao DM) 4. Agendamento da última consulta (Sim; Não) 5. Facilidade para marcar hora da última consulta (Sim; Não) 6. Espera superior a 30 minutos para última consulta (Sim; Não) 7. Aferição da pressão arterial na última consulta (Sim; Não) 8. Medição do peso na última consulta (Sim; Não) 9. Medição da altura em alguma consulta (Sim; Não) 10. Medição da cintura em alguma consulta (Sim; Não) 11. Medição da circunferência de seus quadris em alguma consulta (Sim; Não) 12. Comprimidos para diabetes prescritos pela Unidade de Saúde da Família (USF) (Sim; Não) 13. Comprimidos para diabetes fornecidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) (Sim; Não) 14. Precisa comprar algum (uns) destes comprimidos para diabetes (Sim; Não) 15. Gasto médio por mês com a compra de comprimidos para diabetes (em Reais –R\$) Esta variável foi categorizada em: Menos de R\$10,00; De R\$10,00 a R\$19,00; Mais de R\$20,00) 16. Tratamento com insulina acompanhado pela USF (Sim; Não) 17. Tratamento com insulina prescrito e/ou fornecido pela USF ((Sim; Não) 18. Necessidade de comprar uma parte do tratamento com insulina ou seja, com a insulina e/ou material de injeção (Sim; Não) 19. Tratamento com comprimidos para pressão alta prescritos pela USF (Sim; Não) 20. Tratamento com comprimidos para pressão alta fornecidos pela USF (Sim; Não)
--	--

Fonte: Elaboração própria

Quadro 3 – Variáveis de satisfação dos usuários do estudo. Pernambuco – 2010.

Satisfação dos usuários	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicações recebidas sobre a doença (Satisfeito; Insatisfeito; Não lembro ter recebido explicações) 2. Explicações recebidas sobre o prognóstico da doença (Satisfeito; Insatisfeito; Não lembro ter recebido explicações) 3. Explicações recebidas sobre o uso das medicações (Satisfeito; Insatisfeito; Não lembro ter recebido explicações) 4. Forma de atender por parte da recepção (Satisfeito; Insatisfeito) 5. Forma de atender do profissional (Satisfeito; Insatisfeito) 6. Atenção dada às queixas pelo profissional (Satisfeito; Insatisfeito) 7. Exame clínico realizado pelo profissional (Satisfeito; Insatisfeito) 8. Confiança despertada pelo profissional (Satisfeito; Insatisfeito) 9. Avaliação geral da consulta (Satisfeito; Insatisfeito) 10. Confiança na receita dada pelo profissional (Satisfeito; Insatisfeito) 11. Fornecimento das medicações (Satisfeito; Insatisfeito) 12. Frente ao acesso a consultas com: Oftalmologista, Dentista, Endocrinologista, Cardiologista, Nutricionista, Podólogo, Outros especialistas (Satisfeito; Insatisfeito) 13. Frente ao acesso a internações (Satisfeito; Insatisfeito)
--------------------------------	---

Fonte: Elaboração própria

6.6.1 Delineamento do estudo / coleta dos dados

Os dados deste estudo foram coletados no período de Outubro de 2009 a Junho de 2010 pela equipe da pesquisa SERVIDIAH por meio de entrevista com os pacientes sorteados, através de formulário padronizado. As entrevistas ocorreram em locais previamente definidos pela coordenação do estudo, junto ao Agente Comunitário de Saúde, em locais neutros, favorecendo a privacidade, seguros e de fácil acesso. De preferência, não eram realizadas entrevistas na USF, para que o entrevistado não se sentisse inibido a responder. Para os pacientes impossibilitados em comparecer ao local da pesquisa, e para os que não compareceram no dia agendado, foi realizado agendamento para visita domiciliar.

Além disso, foram aferidas as PAS e PAD, com monitor de pressão de pressão arterial de pulso digital, modelo HEM - 631 int o OMROM, totalmente automático, fácil de utilizar e ideal para medições num trabalho de campo; realizadas dosagens da hemoglobina glicada (HbA1c), com o auxílio do aparelho portátil In2it Analyzer da Bio-Rad; e medidas antropométricas de peso, altura, circunferências abdominal e de quadril, com os seguintes instrumentos: balança digital portátil, modelo 553 TANITA, com capacidade de até 150 Kgrs; estadiômetro, em tubo de alumínio, portátil e transportável, da marca Alturaexata com adaptador e capacidade máxima de altura de 2200 mm e mínima de 300mm; e fita métrica flexível e inextensível de 200cm de comprimento, com precisão de uma casa decimal.

A hemoglobina glicada, também conhecida como glicohemoglobina e pelas siglas A1C e HbA1C, é um teste muito importante para avaliar o controle glicêmico de médio prazo. Como a glicose circulante liga-se a algumas proteínas do organismo, numa média que é diretamente proporcional aos níveis de glicemia (“glicação”); quanto maiores forem os níveis de glicose circulante, maior será o percentual de ligação dessa glicose com a hemoglobina. O resultado do teste é expresso em porcentagem, indicando o percentual de hemoglobina que se encontra ligada à glicose (BRASIL, 2006a).

O formulário padronizado utilizado, foi formulado retomando os itens do Primary Care Assesment Tool (PCATool), originalmente criado nos Estados Unidos (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001) e validado pela equipe do PPG-Epidemiologia da UFRGS (HARZHEIM et al., 2006a), adequando-o ao fato de investigar somente um modelo de atenção primária à saúde dos diabéticos, a Estratégia Saúde da Família. Além disso, para formulação das questões referentes à satisfação dos usuários, também se utilizou o instrumento desenvolvido por Klotzel et al. (1998) e validado no Brasil, que é composto de 12 perguntas sobre

satisfação em relação a aspectos distintos da atenção (acesso, cordialidade, confiança, atuação do médico, orientações, marcação de consultas, avaliação geral).

Harzheim et al. (2006b), citam estudos realizados em diferentes contextos nos Estados Unidos, que utilizaram o PCATool, nas versões validadas para crianças ou adulto, mostrando que este instrumento possibilita uma forma consistente de avaliar e investigar a relação entre os atributos da APS, a utilização dos serviços e os resultados em saúde.

As questões sobre satisfação do usuário presentes no formulário padronizado tinham inicialmente cinco opções de resposta: muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim; porém, após realização do teste piloto, foi verificada necessidade de acrescentar as seguintes alternativas: não me lembro de ter recebido explicações (nas perguntas de satisfação com as explicações sobre a doença, prognóstico e uso das medicações), não sei dizer/não tenho opinião sobre isso (em todas as perguntas de satisfação).

Sendo que para facilitar as análises, optamos pela recategorização das mesmas em: satisfeito, agrupando as respostas “muito bom” e “bom”; insatisfeitos, agrupando as respostas “regular”, “ruim”, “muito ruim” e “não sei dizer/não tenho opinião sobre isso”, e foi mantida a opção “não me lembro de ter recebido explicações” (nas perguntas de satisfação com as explicações sobre a doença, prognóstico e uso das medicações).

6.6.2 Análise dos dados

Inicialmente foi feita uma análise descritiva dos dados para avaliar as características dos usuários diabéticos investigados. Para tal, foram realizadas tabelas unidimensionais de frequência (N e %). Em seguida, foi de interesse verificar como os dados se comportavam nos quatro municípios estudados. Foram utilizadas, para tanto, tabelas bidimensionais de frequência para as variáveis em questão e foi aplicado então o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando necessário, para verificar se havia homogeneidade entre os municípios do estudo.

No caso de variáveis quantitativas contínuas, foi utilizada uma tabela com algumas medidas descritivas como mínimo, máximo, média e desvio-padrão. Para análise comparativa destas variáveis foi aplicado o teste de análise de variância (ANOVA), a fim de comparar as médias dos municípios investigados e então verificar se havia diferença entre os mesmos. Foi de interesse ainda avaliar o cruzamento de informações entre as variáveis de Satisfação e a

variável de controle ‘Hemoglobina glicada (%)’, sendo realizado nesse caso também o teste Qui-quadrado ou Fisher, quando se fez necessário. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

A priori os dados foram digitados no Epi Info versão 3.5.1. Posteriormente, para manipulação dos dados, foi feita a exportação dos mesmos para o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 8.0, onde através deste foi realizada toda a análise dos dados descrita acima.

Para mensuração do grau da satisfação dos usuários com o acompanhamento do DM pela Estratégia Saúde da Família, o ponto de corte adotado foi de 50% ou mais das questões com resposta “satisfeito”. Porém, como as questões de satisfação com o acesso a consultas especializadas e internações devido ao DM tiveram um N pequeno de respostas, optamos por realizar a mensuração da satisfação relativa a estas questões separadamente das demais.

6.7 Considerações Éticas

Como este estudo analisou os resultados parciais de uma pesquisa maior, não houve necessidade de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CPqAM para avaliação da adequação às normas técnicas da Resolução 196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/ Ministério da Saúde, sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

A pesquisa SERVIDIAH, que originou os dados primários e na qual se insere esta dissertação, foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CEP/CPqAM (registro nº 43/2008) e passou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por se tratar de projeto de cooperação internacional, tendo sido aprovada de acordo com o parecer nº 889/2008 (Anexo C). E obteve das Secretarias de Saúde dos quatro municípios envolvidos, a permissão para realizar a pesquisa por meio de assinatura de Carta de Anuência.

De acordo com o que determina a Resolução 196, os usuários das unidades de saúde da família estudadas foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa e expressaram seu aceite através de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste constavam os objetivos da pesquisa, a preservação do anonimato dos entrevistados, estavam esclarecidos os possíveis riscos e benefícios da participação na pesquisa, além da

possibilidade de solicitação de retirada de sua participação na pesquisa sem que isto lhe custasse constrangimentos.

7 RESULTADOS

A amostra totalizou 205 indivíduos com uma média de idade de 62,10 anos (desvio padrão \pm 12,39). A Tabela 2 apresenta as características socioeconômicas e demográficas dos usuários diabéticos entrevistados neste estudo. A maioria dos indivíduos, mais que 70%, tem 55 anos ou mais; sendo que a maior proporção de usuários entrevistados encontra-se na faixa etária de 65 a 74 anos (30,2%) e a menor na faixa etária de 75 anos e mais (14,1%). Observamos, ainda na Tabela 2, que a maioria dos usuários é do sexo feminino (71,2%), possui baixo nível de estudo (52,7%), renda mensal de até um salário mínimo – SM - (81,7%), não trabalha (83,4%) e se considera chefe da família (67,8%).

Ao compararmos estes resultados entre os municípios, vemos que em relação à faixa etária houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,014$), ou seja, não houve homogeneidade. Nos DS do Recife, a maioria dos usuários encontra-se na faixa etária intermediária (55 a 64 anos) (47,8%); em Caruaru, a maioria dos usuários está na faixa etária mais jovem (20 até 54 anos) (34%); enquanto que a maior proporção dos usuários entrevistados em Abreu e Lima e São Lourenço da Mata estão na faixa etária de idosos entre 65 e 74 anos com 35,2% e 41,2%, respectivamente. No que diz respeito à distribuição por sexo por município, observamos homogeneidade entre eles. Todos os municípios apresentaram maior proporção do sexo feminino, destacando-se o município de Abreu e Lima com 77,8% de mulheres sem diferença estatística (Tabela 2).

E, em relação à escolaridade dos usuários, houve homogeneidade entre os municípios estudados. Há uma alta proporção de indivíduos sem escolaridade formal (analfabeto e / ou sabe ler e escrever) em todos os municípios, com destaque nos municípios de Caruaru e São Lourenço da Mata, os quais apresentaram proporções de 42,6% e 44,8%, respectivamente, do total de suas amostras sem diferença estatisticamente significativa em relação aos outros municípios. Ressaltamos que o percentual de indivíduos que responderam saber ler e escrever foi mínimo sendo, portanto, agrupado juntamente com os analfabetos. Observamos, ainda na Tabela 2, que os DS do Recife e o município de Abreu e Lima, além de possuírem proporções altas de usuários sem escolaridade formal (28,3% e 29,6%, respectivamente), também se destacaram por apresentar percentuais altos de seus usuários com nível de estudo baixo, respectivamente, 60,9% e 55,6% até primeiro grau incompleto, também sem diferença estatística significativa.

Já nos dados referentes à renda mensal e ocupação atual por municípios, verifica-se que, apesar da maioria dos usuários de todos os municípios estarem incluídos entre os que recebem até um salário mínimo e não trabalham, houve diferença estatisticamente significante entre eles ($p=0,034$ e $0,006$ para as respectivas variáveis). Enquanto que o comportamento dos municípios, em relação aos usuários que se consideram chefes da família, foi homogêneo. (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de acordo com faixa etária, sexo, nível de estudo, renda mensal, ocupação atual e chefia da família, segundo municípios em Pernambuco - 2010.

Características Sócio-demográficas	Recife (DS I e III)		Caruaru		Abreu e Lima		São Lourenço da Mata		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Faixa Etária											
20 a 54 anos	7	15,2	16	34,0	17	31,5	15	25,9	55	26,8	0,014
55 a 64 anos	22	47,8	12	25,5	14	25,9	11	19,0	59	28,8	
65 a 74 anos	8	17,4	11	23,4	19	35,2	24	41,4	62	30,2	
75 anos e mais	9	19,6	8	17,0	4	7,4	8	13,8	29	14,2	
Sexo											
Masculino	14	30,4	15	31,9	12	22,2	18	31,0	59	28,8	0,066
Feminino	32	69,6	32	68,1	42	77,8	40	69,0	146	71,2	8
Nível de Estudo											
Sem escolaridade formal	13	28,3	20	42,6	16	29,6	26	44,8	75	36,6	0,429
Primário incompleto até primeiro grau incompleto	28	60,9	22	46,8	30	55,6	28	48,3	108	52,7	
Primeiro grau completo e mais	5	10,9	5	10,6	8	14,8	4	6,9	22	10,7	
Renda Mensal											
Até 1 SM	28	65,1	40	85,1	45	83,3	52	89,7	165	81,7	0,034
Mais de 1 até 4 SM	14	32,6	7	14,9	8	14,8	5	8,6	34	16,8	
Mais de 4 SM	1	2,3	0	0,0	1	1,9	1	1,7	3	1,5	
Ocupação Atual											
Trabalha	3	6,5	13	27,7	13	24,1	5	8,6	34	16,6	0,006
Não trabalha	43	93,5	34	72,3	41	75,9	53	91,4	171	83,4	
Chefia da família											
Sim	32	69,6	30	63,8	37	68,5	40	69,0	139	67,8	0,929
Não	14	30,4	17	36,2	17	31,5	18	31,0	66	32,2	

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 3, que descreve os dados relativos aos hábitos de vida dos indivíduos estudados, verificamos que mais de 70% dos indivíduos entrevistados referiram não praticar atividade física de lazer, em contrapartida, 13,7% e 13,2% dos usuários referiram, respectivamente, fumar e consumir bebidas alcoólicas atualmente.

Ao compararmos os dados entre os municípios estudados, percebemos que houve homogeneidade entre eles, assim a maioria dos diabéticos entrevistados não possui atividade física de lazer, não fumam e não bebem. Apesar de não haver diferença estatística, Caruaru destacou-se com as maiores proporções de indivíduos com atividade física leve (36,2%), porém com a maior proporção de indivíduos que fumam (21,3%) e que consomem bebidas atualmente (17%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de frequências absolutas e relativas dos hábitos de vida dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.

Hábitos de vida	Recife (DS I e III)		Caruaru		Abreu e Lima		São Lourenço da Mata		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Atividade Física de Lazer											
Leve	13	28	17	36,2	11	20,4	13	22,4	54	26,3	
Moderada	0	0,0	1	2,1	1	1,9	0	0,0	2	1,0	0,313
Não tem	33	71,7	29	61,7	42	77,8	45	77,6	149	72,7	
Hábito de Fumar											
Sim, fumo atualmente	6	13,0	10	21,3	9	16,7	3	5,2	28	13,7	
Fumei no passado, mas parei de fumar	15	32,6	20	42,6	19	35,2	29	50,0	83	40,5	0,142
Nunca fumei	25	54,3	17	36,2	26	48,1	26	44,8	94	45,9	
Consumo de bebida alcoólica											
Sim, ao menos uma vez por semana	2	4,3	3	6,4	3	5,6	4	6,9	12	5,9	
Sim, menos que uma vez por semana	3	6,5	5	10,6	4	7,4	3	5,2	15	7,3	0,852
Nunca consumi	19	41,3	23	48,9	25	46,3	21	36,2	88	42,9	
Parei de consumir	22	47,8	16	34,0	22	40,7	30	51,7	90	43,9	

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 4, observamos dados descritivos de algumas variáveis contínuas referentes ao perfil clínico. Verificamos que os usuários diabéticos entrevistados neste estudo referiram um tempo médio de 8,6 anos de conhecimento da doença ($DP^+ 7,57$) e uma idade média de 53,24 anos no momento de descoberta do DM ($DP^+ 12,83$). Por outro lado, entre os diabéticos que apresentavam HAS associada, (77,1% da amostra analisada, segundo a Tabela 5), o tempo médio de conhecimento da HAS foi de 10,46 anos ($DP^+ 9,10$) e a idade média dos usuários no momento da descoberta da HAS foi de 52,15 anos ($DP^+ 14,55$). Ao analisar estas mesmas variáveis, comparando-as entre os municípios estudados, não observamos diferença estatisticamente significativa entre eles (Tabela 5).

Tabela 4- Apresentação descritiva do tempo de conhecimento e idade em que descobriu o DM e a HAS associada dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão (DP)
Tempo de conhecimento do DM *	194	0	38	8,60	+ 7,573
Idade que descobriu o DM*	194	22	84	53,24	+ 12,828
Tempo de conhecimento da HAS *	138	0	50	10,46	+ 9,101
Idade que descobriu a HAS*	138	12	84	52,15	+ 14,554

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Tempo e idade em anos, considerando os usuários que responderam a estas questões

Tabela 5- Apresentação da análise de variância do tempo de conhecimento e idade em que descobriu o DM e a HAS associada dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.

Variáveis	N	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio Padrão	Valor de p
Tempo de conhecimento do DM *							
Recife	41	0	8	34	10,32	+ 8,59	
Caruaru	45	0	5	27	6,78	+ 6,05	
Abreu e Lima	51	0	6	38	9,20	+ 8,20	
São Lourenço da Mata	57	0	7	30	8,28	+ 7,13	0,162
Idade que descobriu o DM *							
Recife	41	29	51	84	52,93	+ 12,78	
Caruaru	45	26	52	81	54,51	+ 13,96	
Abreu e Lima	51	22	50	77	51,35	+ 11,59	
São Lourenço da Mata	57	28	51	83	54,14	+ 13,12	0,607
Tempo de conhecimento da HAS *							
Recife	32	0	8,0	35	11,81	+ 9,50	
Caruaru	34	0	7,5	30	8,65	+ 6,72	
Abreu e Lima	32	1	9,5	50	10,78	+ 10,82	
São Lourenço da Mata	40	1	9,0	40	10,68	+ 9,13	0,553
Idade que descobriu a HAS *							
Recife	32	17	48,5	81	51,00	+ 14,73	
Caruaru	34	27	54,0	84	54,32	+ 14,85	
Abreu e Lima	32	20	49,5	77	50,81	+ 14,08	
São Lourenço da Mata	40	12	51,0	80	52,30	+ 14,86	0,749

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Tempo e idade em anos, considerando os usuários que responderam a estas questões

Na Tabela 6, observamos que a maioria dos diabéticos entrevistados referiu já ter recebido a informação de que possui HAS associada (77,1%). Em relação ao tratamento medicamentoso para controle do diabetes, observamos que 79,8% usam apenas comprimidos, enquanto apenas 10,8% referiram uso de insulina, associada ou não ao uso de comprimidos. Além disso, verificamos que mais de 92,5% dos diabéticos com HAS associada referiu utilizar comprimidos para controlar a pressão.

A caracterização clínica dos pacientes em cada município isoladamente seguiu um padrão semelhante ao da amostra geral, ou seja, os municípios são homogêneos e a maioria dos usuários referiu ter recebido a informação de que possui HAS associada, usa apenas comprimido no tratamento medicamentoso para controle do diabetes e utiliza comprimido para controlar a pressão quando possuem HAS associada (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características clínicas relativas ao tratamento dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.

Características Clínicas do tratamento	Recife (DS I e III)		Caruaru		Abreu e Lima		São Lourenço da Mata		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
HAS associada											
Sim	38	82,6	36	76,6	38	70,4	46	79,3	158	77,1	0,505
Não	8	17,4	11	23,4	16	29,6	12	20,7	47	22,9	
Uso atual de comprimidos e/ou insulina para tratar o DM											
Usa comprimidos e insulina	4	8,7	1	2,1	3	5,8	4	6,9	12	5,9	0,695
Usa só comprimidos	36	78,3	37	78,7	45	86,5	44	75,9	162	79,8	
Usa só insulina	1	2,2	4	8,5	1	1,9	4	6,9	10	4,9	
Não usa comprimidos, nem insulina	5	10,9	5	10,6	3	5,8	6	10,3	19	9,4	
Uso atual de comprimidos para tratar a HAS*											
Sim	34	89,5	35	92,1	35	92,1	43	95,6	147	92,5	0,763
Não	4	10,5	3	7,9	3	7,9	2	4,4	12	7,5	

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Considerando os diabéticos com HAS associada.

Em contrapartida, na Tabela 7, observamos que mais da metade dos pacientes não possui o controle da PAS e PAD (53,9%) nem da hemoglobina glicada por punção capilar (67,7%). Além disso, verificamos também que a RCQ e os resultados do IMC dos indivíduos estudados também não indicam bom controle da doença, uma vez que apenas 22,5% apresentam IMC na faixa de normalidade e 79,9% têm RCQ alta.

Verificamos também que, em todos os municípios estudados, aproximadamente 50% dos usuários não têm controle da PAS e PAD, e apesar de não haver diferença estatística ($p = 0,737$), o município de São Lourenço da Mata destacou-se com 63,8% dos usuários com PAS e PAD mal controladas. Além disso, os resultados da hemoglobina glicada por punção capilar nos municípios também foram homogêneos e demonstraram que mais de 60% dos usuários estão mal controlados, sendo São Lourenço da Mata o município com maior proporção de usuários bem controlados (37,9%) (Tabela 7).

Identificamos, ainda, que, individualmente, os municípios seguem o mesmo padrão do total de usuários que responderam estes itens no que diz respeito à RCQ e aos resultados do IMC dos indivíduos estudados. Desse modo, houve homogeneidade entre eles e os achados não indicam bom controle da doença, uma vez que a proporção de indivíduos com IMC na faixa de normalidade encontra-se entre 15% e 24,5%, com exceção de Caruaru com quase 30%. Destaca-se, ainda, que os municípios também apresentaram RCQ altas, superiores a 75% em todos eles (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características clínicas relativas ao controle dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.

Características Clínicas de controle	Recife (DS I e III)		Caruaru		Abreu e Lima		São Lourenço da Mata		Total*		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Controle das PAS e PAD											
Bem controlado	10	21,7	11	23,4	12	22,6	11	19,0	44	21,6	0,737
(Super) bem controlado	13	28,3	13	27,7	14	26,4	10	17,2	50	24,5	
Mal controlado	23	50,0	23	48,9	27	50,9	37	63,8	110	53,9	
Resultado da hemoglobina glicada por punção capilar (%)											
< 7,0% (controlado)	13	30,2	13	28,3	17	31,5	22	37,9	65	32,3	0,733
≥ 7,0% (Mal controlado)	30	69,8	33	71,7	37	68,5	36	62,1	136	67,7	
IMC do paciente											
Normal (de 18-24,9 Kg/m ²)	7	15,9	13	29,5	9	19,6	13	24,5	42	22,5	0,576
Sobrepeso (de 25,0 a 29,9 Kg/m ²)	19	43,2	14	31,8	23	50,0	22	41,5	78	41,7	
Obeso (≥30,0 Kg/m ²)	18	40,9	17	38,6	14	30,4	18	34,0	67	35,8	
RCQ (Razão Cintura-quadril)											
RCQ alta	33	76,7	37	80,4	41	87,2	40	75,5	151	79,9	0,476
RCQ baixa	10	23,3	9	19,6	6	12,8	13	24,5	38	20,1	

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Considerando o total de indivíduos que responderam a estas questões.

Na Tabela 8, identificamos que, nos últimos 12 meses, 71,3% dos indivíduos estudados não participaram de atividade educativa em grupo para diabetes, 46,3% tiveram mais que 4 consultas devido à doença e 87,5% relataram que o motivo da consulta era para acompanhamento regular sem motivo específico de saúde. Em relação à última consulta realizada nos últimos 12 meses, a maioria dos diabéticos revelou que houve agendamento (86,3%), existiu facilidade em marcar (90,1%), porém com espera superior a 30 minutos para o início da mesma (67,8%).

Já ao investigar como se apresentaram as características de uso do serviço, referentes às consultas nos últimos 12 meses, em cada município estudado isoladamente, verificamos que não houve homogeneidade para a maioria das variáveis. Abreu e Lima destacou-se por ter a maior proporção de usuários que não participaram de atividade educativa em grupo para

diabetes (90,7% e $p=0,002$); Recife por possuir a maior proporção (25%) de problemas relacionados ao diabetes na última consulta ($p=0,009$) e Caruaru por ter 100% das consultas agendadas ($p=0,001$) e 70,2% de usuários com mais de 4 consultas devido ao DM nos últimos 12 meses ($p=0,006$) (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características de uso do serviço, referentes às consultas nos últimos 12 meses, pelos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.

Características de Uso do Serviço, nos últimos 12 meses.	Recife (DS I e III)		Caruaru		Abreu e Lima		São Lourenço da Mata		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Participação em atividade educativa (grupo DM)											
Sim	13	30,2	19	40,4	5	9,3	21	36,2	58	28,7	0,002
Não	30	69,8	28	59,6	49	90,7	37	63,8	144	71,3	
Nº de consultas devido ao diabetes											
Nenhuma	12	27,3	4	8,5	15	28,3	9	16,4	40	20,1	0,006
De 1 a 3 vezes	15	34,1	10	21,3	21	39,6	21	38,2	67	33,7	
4 ou mais vezes	17	38,6	33	70,2	17	32,1	25	45,5	92	46,3	
Motivo da última consulta*											
Acompanhamento regular sem motivo de saúde específico	24	75,0	33	80,5	36	94,7	47	95,9	140	87,5	0,009
Problema específico relacionado ao DM	8	25,0	8	19,5	2	5,3	2	4,1	20	12,5	
Agendamento da última consulta*											
Sim	23	71,9	41	100,0	36	94,7	38	77,6	138	86,3	0,001
Não	9	28,1	0	0,0	2	5,3	11	22,4	22	13,8	
Facilidade para marcar hora da última consulta*											
Sim	21	87,5	38	92,7	35	89,7	43	89,6	137	90,1	0,884
Não	3	12,5	3	7,3	4	10,3	5	10,4	15	9,9	
Espera superior a 30 minutos para última consulta*											
Sim	19	63,3	28	70,0	25	69,4	31	67,4	103	67,8	0,938
Não	11	36,7	12	30,0	11	30,6	15	32,6	49	32,2	

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Considerando o total de indivíduos que referiram ao menos uma consulta devido ao DM nos últimos 12 meses e responderam a estas questões.

Somando-se a estes achados, constatamos que, apesar de na última consulta, a aferição da pressão arterial ter sido realizada em 91,4 % dos entrevistados, o peso só foi medido em 62,7% deles; e muitos diabéticos referiram não terem sido realizadas as medições da altura, da cintura e da circunferência dos seus quadris em alguma consulta na USF, com percentuais de 41,5%, 54,4% e 61,3% respectivamente (Tabela 9).

Ainda na Tabela 9, constatamos que Caruaru foi o município com maior proporção de indivíduos cuja pressão arterial não foi aferida (14,6%), porém sem diferença significativa entre os municípios, e que Abreu e Lima foi responsável pelas maiores percentagens de

indivíduos sem medição do peso na última consulta (67,9%) e sem medições de altura (65,3%), cintura (88,2%) e circunferência dos seus quadris (88,2%) em alguma consulta na USF, diferenciando-se significativamente dos outros municípios ($p < 0,001$).

Tabela 9 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características de uso do serviço, referentes às medidas realizadas em consultas nos últimos 12 meses, pelos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.

Características de Uso do Serviço, nos últimos 12 meses.	Recife (DS I e III)		Caruaru		Abreu e Lima		São Lourenço da Mata		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Aferição da pressão arterial na última consulta*											
Sim	31	93,9	35	85,4	35	89,7	47	95,9	148	91,4	0,321
Não	2	6,1	6	14,6	4	10,3	2	4,1	14	8,6	
Medição do peso na última consulta*											
Sim	25	73,5	26	63,4	12	32,4	38	77,6	101	62,7	<0,001
Não	9	26,5	15	36,6	25	67,6	11	22,4	60	37,3	
Medição da altura em alguma consulta**											
Sim	24	57,1	26	57,8	17	34,7	46	80,7	113	58,5	<0,001
Não	18	42,9	19	42,2	32	65,3	11	19,3	80	41,5	
Medição da cintura em alguma consulta**											
Sim	14	33,3	23	51,1	6	11,8	46	80,7	89	45,6	<0,001
Não	28	66,7	22	48,9	45	88,2	11	19,3	106	54,4	
Medição da circunferência de seus quadris em alguma consulta**											
Sim	10	24,4	15	33,3	6	11,8	44	77,2	75	38,7	<0,001
Não	31	75,6	30	66,7	45	88,2	13	22,8	119	61,3	

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Considerando o total de indivíduos que referiram ao menos uma consulta devido ao DM nos últimos 12 meses e responderam a estas questões. **Excluindo os indivíduos do total da amostra que referiram não lembrar ou não responderam estes itens.

Na Tabela 10, observamos que a maioria dos usuários que usam comprimidos para tratar o diabetes mencionou prescrição (79%) e fornecimento (83,3%) dos mesmos pela USF, sendo que 17,9% dos indivíduos entrevistados referiu precisar comprar algum (uns) destes comprimidos e, entre estes indivíduos, 48,4% referiu um gasto médio por mês de mais de R\$20,00 com a compra dos mesmos. Por outro lado, enquanto 77,3% dos diabéticos, que necessitam de insulina no tratamento, terem referido que este tratamento era acompanhado pela USF; 68,2% deles não tiveram a insulina prescrita pela USF e 13,6 % têm necessidade de comprar insulina e/ou material de injeção. Além disso, verificamos, também, que a maioria dos usuários com HAS associada e necessidade de tratamento com comprimidos para pressão alta, referiu a prescrição e fornecimento dos mesmos pela USF, com percentagens de 81,0% e 76,4%, respectivamente.

Ainda na Tabela 10, ao investigar como se apresentaram as características de uso do serviço, relativas ao tratamento medicamentoso entre os municípios estudados, verificamos que houve homogeneidade entre eles.

Tabela 10 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características de uso do serviço, referentes ao tratamento medicamentoso, dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.

Características de Uso do Serviço.	Recife (DS I e III)		Caruaru		Abreu e Lima		São Lourenço da Mata		Total*		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Comprimido para diabetes Prescrito pela USF											
Sim	29	72,5	29	90,6	35	72,9	35	83,3	128	79	0,160
Não	11	27,5	3	9,4	13	27,1	7	16,7	34	21	
Fornecido pela USF											
Sim	28	70,0	32	84,2	44	91,7	41	85,4	145	83,3	0,053
Não	12	30,0	6	15,8	4	8,3	7	14,6	29	16,7	
Necessidade de comprar algum (uns) dos comprimidos para diabetes											
Sim	8	20,0	9	23,7	6	12,5	8	17,0	31	17,9	0,581
Não	32	80,0	29	76,3	42	87,5	39	83,0	142	82,1	
Gasto médio por mês com a compra de comprimidos para diabetes (em R\$)											
Menos de R\$10,00	2	28,6	1	12,5	3	37,5	3	37,5	9	29,0	0,220
De R\$10,00 a R\$19,00	0	0,0	1	12,5	3	37,5	3	37,5	7	22,6	
Mais de R\$20,00	5	71,4	6	75,0	2	25,0	2	25,0	15	48,4	
Tratamento com insulina acompanhado pela USF											
Sim	3	60,0	4	80,0	4	100,0	6	75,0	17	77,3	0,772
Não	2	40,0	1	20,0	0	0,0	2	25,0	5	22,7	
Insulina prescrita e/ou fornecida pela USF											
Prescrita e fornecida	0	0,0	3	60,0	2	50,0	1	12,5	6	27,3	0,228
Prescrita, mas não fornecida	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	
Não prescrita**, mas fornecida	3	60,0	0	0,0	1	25,0	4	50,0	8	36,4	
Não prescrita e não fornecida	2	40,0	1	20,0	1	25,0	3	37,5	7	31,8	
Necessidade de comprar uma parte do tratamento com insulina											
Sim	0	0,0	2	40,0	0	0,0	1	12,5	3	13,6	0,343
Não	5	100,0	3	60,0	4	100,0	7	87,5	19	86,4	
Comprimidos para pressão alta prescritos pela USF											
Sim	26	76,5	28	84,8	27	77,1	34	85,0	115	81,0	0,677
Não	8	23,5	5	15,2	8	22,9	6	15,0	27	19,0	
Comprimidos para pressão alta fornecidos pela USF											
Sim	26	76,5	27	77,1	25	71,4	35	79,5	113	76,4	0,866
Não	8	23,5	8	22,9	10	28,6	9	20,5	35	23,6	

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Considerando o total de indivíduos que responderam a estas questões; **Não prescrita pela USF, mas prescrita por outra unidade de saúde.

Os usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família apresentaram maiores proporções de respostas positivas frente às explicações recebidas. A maioria deles referiu estar satisfeitos com as explicações sobre a doença, seu prognóstico e sobre o uso das medicações, com percentuais de 58,2%, 56,1% e 76,2% respectivamente (Tabela 11).

Quando comparamos a satisfação dos usuários, frente às explicações recebidas entre os municípios estudados, identificamos que houve diferença estatística entre eles para explicações sobre a doença e sobre o prognóstico ($p < 0,001$), sendo Caruaru e Recife os municípios com maiores percentuais de usuários satisfeitos com estas variáveis, cujas proporções foram, respectivamente, de 71,4% e 66,7% em Recife de 73% e 67,4% em Caruaru. Destacamos também que altos percentuais de usuários do Município de Abreu e Lima não emitiram sua opinião e referiu não se lembrar de ter recebido explicações sobre a doença (54,9%) e o prognóstico (47,1%) (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características da satisfação, frente às explicações recebidas, dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco – 2010.

Satisfação com explicações recebidas sobre	Recife (DS I e III)		Caruaru		Abreu e Lima		São Lourenço da Mata		Total*		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
A doença											
Satisfeito	30	71,4	34	73,0	13	25,5	37	64,9	114	58,2	<0,001
Insatisfeito	8	19,0	9	19,6	10	19,6	8	14,0	35	17,8	
Não lembro ter recebido explicações	4	9,5	3	6,5	28	54,9	12	21,1	47	24	
O prognóstico da doença											
Satisfeito	28	66,7	31	67,4	19	37,3	32	56,1	110	56,1	<0,001
Insatisfeito	8	19,0	13	28,3	8	15,7	10	17,5	39	19,9	
Não lembro ter recebido explicações	6	14,3	2	4,3	24	47,1	15	26,3	47	24	
O uso das medicações											
Satisfeito	29	72,5	34	82,9	33	64,7	48	34,2	144	76,2	0,081
Insatisfeito	7	17,5	7	17,1	11	21,6	7	12,3	32	16,9	
Não lembro ter recebido explicações	4	10,0	0	0,0	7	13,7	2	3,5	13	6,9	

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Considerando o total de indivíduos que responderam a estas questões.

Na Tabela 12, no que se refere à satisfação dos usuários, frente aos aspectos da última consulta devido ao diabetes, a maioria deles também avaliou positivamente todos os itens estudados. Sendo que os itens, cujos percentuais de insatisfação dos usuários foi maior, foram relativos ao fornecimento das medicações (25,4%), à confiança da receita dada pelo profissional da USF (24,6%) e à avaliação geral da última consulta (23,6%). Por outro lado, os usuários demonstraram maiores proporções de satisfação com a forma de atender pelo

profissional (90,6%) e atenção dada às suas queixas pelo profissional (86,3%). Somando-se a isto, ao compararmos estes aspectos entre os municípios deste estudo, percebemos que não houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela12 - Distribuição de frequências absolutas e relativas das características da satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, frente aos aspectos da última consulta devido ao diabetes, em municípios de Pernambuco – 2010.

Satisfação dos usuários frente aos aspectos da última consulta devido ao diabetes*	Recife (DS I e III)		Caruaru		Abreu e Lima		São Lourenço da Mata		Total**		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Forma de atender por parte da recepção											
Satisfeito	26	76,5	35	87,5	29	82,9	40	85,1	130	83,3	0,623
Insatisfeito	8	23,5	5	12,5	6	17,1	7	14,9	26	16,7	
Forma de atender do profissional											
Satisfeito	29	85,3	36	87,8	36	94,7	44	93,6	145	90,6	0,437
Insatisfeito	5	14,7	5	12,2	2	5,3	3	6,4	15	9,4	
Atenção dada às queixas pelo profissional											
Satisfeito	29	85,3	33	80,5	33	86,8	44	91,7	139	86,3	0,497
Insatisfeito	5	14,7	8	19,5	5	13,2	4	8,3	22	13,7	
Exame clínico realizado pelo profissional											
Satisfeito	30	88,2	36	87,8	30	78,9	40	83,3	136	84,5	0,649
Insatisfeito	4	11,8	5	12,2	8	21,1	8	16,7	25	15,5	
Confiança despertada pelo profissional											
Satisfeito	29	85,3	32	78,0	31	81,6	41	85,4	133	82,6	0,788
Insatisfeito	5	14,7	9	22,0	7	18,4	7	14,6	28	17,4	
Avaliação geral											
Satisfeito	27	79,4	33	80,5	28	73,7	35	72,9	123	76,4	0,794
Insatisfeito	7	20,6	8	19,5	10	26,3	13	27,1	38	23,6	
Confiança na receita dada pelo profissional											
Satisfeito	35	85,4	28	68,3	39	75,0	42	73,7	144	75,4	0,333
Insatisfeito	6	14,6	13	31,7	13	25,0	15	26,3	47	24,6	
Fornecimento das medicações											
Satisfeito	31	77,5	33	80,5	39	76,5	38	66,7	141	74,6	0,405
Insatisfeito	9	22,5	8	19,5	12	23,5	19	33,3	48	25,4	

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Nos últimos 12 meses; **Considerando o total de indivíduos que responderam a estas questões.

Na Tabela 13, identificamos que a maioria dos indivíduos referiu estar satisfeito com o acesso às consultas de todas as especialidades questionadas neste estudo e às internações devido ao DM. Além disso, observamos que houve diferença estatisticamente significativa entre os municípios apenas para a satisfação com acesso a consulta com ‘outros especialistas’ ($p=0,015$), com a maior proporção de satisfação em Abreu e Lima (88,9%), enquanto Recife foi o responsável pelo maior percentual de insatisfação (60%); e para a satisfação com acesso a internações ($p=0,022$), sendo Caruaru o município que melhor avaliou este item (93,8% de usuários satisfeitos) e Recife, novamente o que pior avaliou (62,5% de usuários insatisfeitos).

Tabela 13 – Satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, frente ao acesso a consultas especializadas e internações devido ao diabetes, em municípios de Pernambuco - 2010.

Satisfação dos usuários frente ao acesso a consultas especializadas e internações devido ao diabetes*	Recife (DS I e III)		Caruaru		Abreu e Lima		São Lourenço da Mata		Total**		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Oftalmologista											
Satisfeito	13	81,3	14	77,8	18	66,7	10	62,5	55	71,4	0,565
Insatisfeito	3	18,8	4	22,2	9	33,3	6	37,5	22	28,6	
Dentista											
Satisfeito	7	87,5	8	88,9	12	92,3	16	100,0	43	93,5	0,372
Insatisfeito	1	12,5	1	11,1	1	7,7	0	0,0	3	6,5	
Endocrinologista											
Satisfeito	7	70,0	2	100,0	8	61,5	2	33,3	19	61,3	0,423
Insatisfeito	3	30,0	0	0,0	5	38,5	4	66,7	12	38,7	
Cardiologista											
Satisfeito	12	75,0	17	85,0	15	83,3	23	79,3	67	80,7	0,878
Insatisfeito	4	25,0	3	15,0	3	16,7	6	20,7	16	19,3	
Nutricionista											
Satisfeito	7	87,5	7	70,0	8	80,0	11	91,7	33	82,5	0,631
Insatisfeito	1	12,5	3	30,0	2	20,0	1	8,3	7	17,5	
Podólogo											
Satisfeito	-	-	2	100,0	-	-	1	100,0	3	100,0	-
Outros especialistas											
Satisfeito	6	40,0	12	75,0	16	88,9	17	81,0	51	72,8	0,015
Insatisfeito	9	60,0	4	25,0	2	11,1	4	19,0	19	27,2	
Internações											
Satisfeito	3	37,5	15	93,8	5	50,0	9	60,0	32	65,3	0,022
Insatisfeito	5	62,5	1	6,3	5	50,0	6	40,0	17	34,7	

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Nos últimos 12 meses; **Considerando o total de indivíduos que responderam a estas questões.

Nas Tabelas 14 e 15, identificamos que a satisfação dos usuários com as explicações recebidas e com os aspectos da última consulta devido ao diabetes não apresentou diferença significativa entre os diabéticos controlados (hemoglobina glicada - HbA1c < 7%) e mal controlados (HbA1c ≥ 7%). Apesar desta homogeneidade, os diabéticos mal controlados apresentaram altas proporções de satisfação com as explicações recebidas sobre a doença (60,8%), o prognóstico (60,8%) e o uso das medicações (75%) (Tabela 14).

Além disso, os usuários com diabetes controlado apresentaram-se mais insatisfeitos com a avaliação geral da consulta (25,6%) e o fornecimento das medicações (24,6%); enquanto que, entre os mal controlados a confiança na receita dada pelo profissional (27,2%) e o fornecimento das medicações (26,6%) (Tabela 15). Verificamos, ainda, que as variáveis de satisfação relacionadas a habilidades dos profissionais, classificadas em forma de atender, atenção dada às queixas, exame clínico realizado e confiança despertada pelo profissional, apresentaram proporções maiores de 80% de satisfação tanto entre os diabéticos controlados, quanto entre os mal controlados.

Tabela 14 – Relação da satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, frente às explicações recebidas, e controle do diabetes através da Hemoglobina glicada em municípios de Pernambuco – 2010.

Variáveis de Satisfação frente às explicações recebidas	Hemoglobina glicada por punção capilar				Total*	Valor de p
	Controlada		Mal controlada			
	< 7,0%		≥ 7,0%			
	N	%	N	%		
Sobre a doença						
Satisfeito	32	51,6	79	60,8	111	0,223
Insatisfeito	10	16,1	24	18,5	34	
Não lembro ter recebido explicações	20	32,3	27	20,8	47	
Sobre o prognóstico da doença						
Satisfeito	28	45,2	79	60,8	107	0,125
Insatisfeito	15	24,2	23	17,7	38	
Não lembro ter recebido explicações	19	30,6	28	21,5	47	
Sobre o uso das medicações						
Satisfeito	47	77,0	93	75,0	123	0,374
Insatisfeito	8	13,1	24	19,4	32	
Não lembro ter recebido explicações	6	9,8	7	5,6	13	

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Considerando o total de indivíduos que responderam a estas questões

Tabela 15 – Relação da satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, frente à última consulta devido ao diabetes, e controle do diabetes através da Hemoglobina glicada em municípios de Pernambuco – 2010.

Variáveis de Satisfação frente à última consulta devido ao diabetes*	Hemoglobina glicada por punção capilar				Total**	Valor de p
	Controlada		Mal controlada			
	< 7,0%		≥ 7,0%			
	N	%	N	%		
Forma de atender por parte da recepção						
Satisfeito	35	81,4	92	84,4	127	0,652
Insatisfeito	8	18,6	17	15,6	25	
Forma de atender do profissional						
Satisfeito	40	93,0	102	90,3	142	0,590
Insatisfeito	3	7,0	11	9,7	14	
Atenção dada às queixas pelo profissional						
Satisfeito	37	86,0	99	86,8	136	0,896
Insatisfeito	6	14,0	15	13,2	21	
Exame clínico realizado pelo profissional						
Satisfeito	37	86,0	96	84,2	133	0,776
Insatisfeito	6	14,0	18	15,8	24	
Confiança despertada pelo profissional						
Satisfeito	36	83,7	94	82,5	130	0,851
Insatisfeito	7	16,3	20	17,5	27	
Avaliação geral						
Satisfeito	32	74,4	88	77,2	120	0,715
Insatisfeito	11	25,6	26	22,8	37	
Confiança na receita dada pelo profissional						
Satisfeito	49	79,0	91	72,8	140	0,355
Insatisfeito	13	21,0	34	27,2	47	
Fornecimento das medicações						
Satisfeito	46	75,4	91	73,4	137	0,768
Insatisfeito	15	24,6	33	26,6	48	

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Nos últimos 12 meses; **Considerando o total de indivíduos que responderam a estas questões.

Na Tabela 16, observamos que, no grupo de variáveis de satisfação dos usuários frente ao acesso a consultas especializadas e internações, também não houve diferença estatisticamente significativa entre os usuários com diabetes controlado e mal controlado. Identificamos, ainda, que dentre todas as especialidades questionadas, a que teve o acesso melhor avaliado pelos usuários, controlados e mal controlados, foi “dentista” com 100,0% de resposta satisfação dos usuários com diabetes controlado, enquanto que 90,0% dos usuários com diabetes mal controlado apresentaram-se satisfeitos. Porém, quando verificamos os números absolutos de usuários que referiram consultas com especialistas nos últimos 12 meses, identificamos que foram poucos aqueles que conseguiram acesso a estes tipos de consultas. E especialidades como endocrinologia e oftalmologia, importantes para o tratamento e prevenção de complicações nos diabéticos, especialmente nos mal controlados, foram as que os usuários demonstraram grande insatisfação com o acesso.

Tabela 16 – Relação da satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, frente ao acesso a consultas especializadas e internações devido ao diabetes nos últimos 12 meses, e controle do diabete através da Hemoglobina glicada em municípios de Pernambuco – 2010.

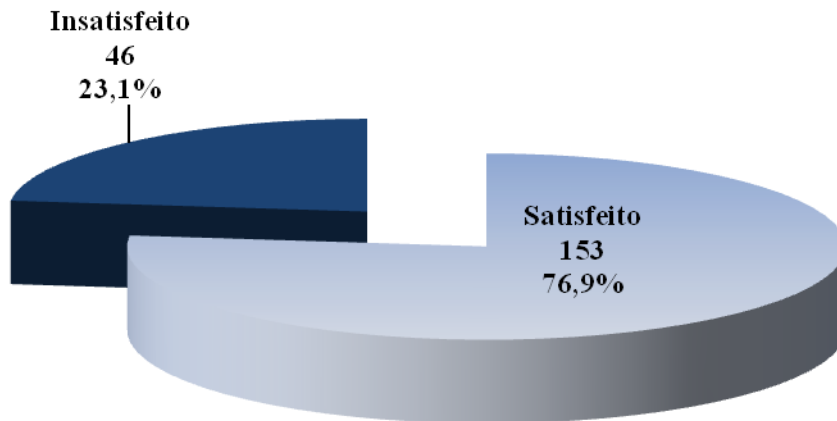
Variáveis de Satisfação frente ao acesso a consultas especializadas e internações devido ao diabetes*	Hemoglobina glicada por punção capilar				Total**	Valor de p
	Controlada < 7,0%		Mal controlada ≥ 7,0%			
	N	%	N	%		
Oftalmologista						
Satisfeito	17	70,8	37	71,2	54	0,977
Insatisfeito	7	29,2	15	28,8	22	
Dentista						
Satisfeito	15	100,0	27	90,0	42	0,540
Insatisfeito	0	0,0	3	10,0	3	
Endocrinologista						
Satisfeito	8	61,5	11	61,1	19	0,981
Insatisfeito	5	38,5	7	38,9	12	
Cardiologista						
Satisfeito	23	82,1	44	81,5	67	0,941
Insatisfeito	5	17,9	10	18,5	5	
Nutricionista						
Satisfeito	11	100,0	22	75,9	33	0,073
Insatisfeito	0	0,0	7	24,1	7	
Podólogo						
Satisfeito	0	0,0	3	100,0	3	-
Outros especialistas						
Satisfeito	18	66,7	32	76,2	50	0,387
Insatisfeito	9	33,3	10	23,8	19	
Internações						
Satisfeito	7	77,8	25	62,5	32	0,384
Insatisfeito	2	22,2	15	37,5	17	

Fonte: Elaboração própria

Nota: *Nos últimos 12 meses; **Considerando o total de indivíduos que responderam a estas questões

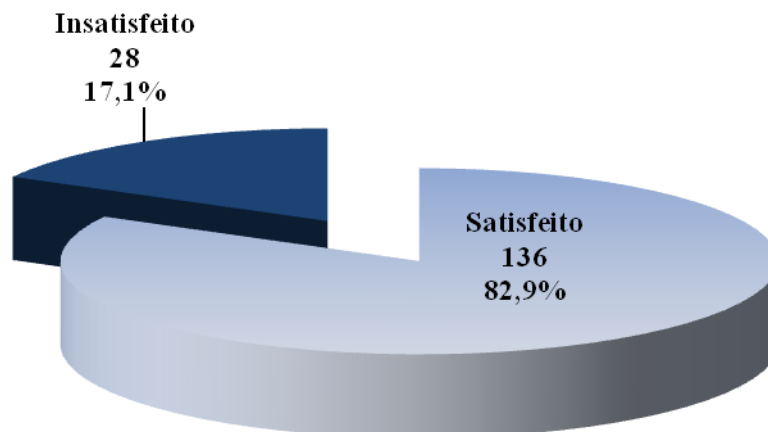
Nos Gráficos 1 e 2, observamos que o grau de satisfação dos usuários com o acompanhamento do DM pela Estratégia Saúde da Família e o acesso a consultas especializadas e internações devido ao DM foi alto, atingindo percentuais de 76,9% e 82,3% respectivamente.

Gráfico 1 – Grau de Satisfação dos usuários diabéticos com o acompanhamento na Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco - 2011.



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 2– Grau de Satisfação dos usuários diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em municípios de Pernambuco com o acesso a consultas especializadas e internações devido ao diabetes - 2011.



Fonte: Elaboração própria.

8 DISCUSSÃO

Segundo Akerman e Nadanovsky (1992), os interesses dos usuários deveriam desempenhar um papel relevante no processo avaliativo e a avaliação do cuidado como um todo deve receber maior ênfase, em oposição à tradicional ênfase atribuída à cura. Os resultados analisados neste estudo revelaram aspectos socioeconômicos e demográficos semelhantes aos encontrados em outros estudos envolvendo pacientes diabéticos (GALINDO, 2010; OLIVEIRA et al., 2007; PAIVA et al., 2006; ZANETTI et al., 2007). Os indivíduos deste estudo têm uma média de idade de 62,10 anos e a maioria deles tem 55 anos ou mais; sendo que a maior proporção de usuários entrevistados encontra-se na faixa etária de 65 a 74 anos, é do sexo feminino, possui baixo nível de estudo, renda mensal de até um salário mínimo, não trabalha e se considera chefe da família.

Alguns estudos também apresentaram maiores proporções de mulheres, corroborando com nossos achados (GALINDO, 2010; GOUVEIA et al. 2011; OLIVEIRA et al. 2007; PAIVA et al.2006; ZANETTI et al., 2007). Estudos recentes revelaram que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde, podendo estes achados serem atribuídos a questões relacionadas à saúde reprodutiva e às diferenças na percepção de necessidades de saúde entre homens e mulheres (GOUVEIA, 2009; RIBEIRO et al., 2006). Considerando que a maioria dos indivíduos entrevistados neste estudo tem 55 anos ou mais, a maior frequência do sexo feminino está de acordo com o processo de feminilização da população mais idosa descrito por Pereira, Curioni e Veras (2003).

Além disso, os indivíduos estudados por Paiva et al. (2006) e Galindo (2010) também eram, na sua maioria, indivíduos com baixa escolaridade, baixa renda e sem trabalho. Porém, o estudo de satisfação realizado por Zanetti et al. (2007), em Ribeirão Preto-SP, apresentou proporções baixas de diabéticos analfabetos e de indivíduos com baixa renda, apesar de a grande maioria ter referido não trabalhar.

Estudos revelaram que a incorporação de novos valores culturais, condicionados pelo progresso científico e tecnológico, é determinante para a substituição dos hábitos de consumo, inclusive no cenário alimentar, e a crescente inatividade física, que se expressa no progressivo sedentarismo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). Os nossos achados de inatividade física foram superiores aos apresentados por alguns estudos citados a seguir, pois evidenciaram que mais de 70% dos indivíduos entrevistados não praticavam atividade física,

estando de acordo com os achados de Galindo (2010), que apresentou mais de três quartos dos indivíduos estudados sem prática de exercícios.

Enquanto mais da metade dos indivíduos estudados por Zanetti et al. (2007), em Ribeirão Preto, tenham referido praticar atividades físicas; o inquérito telefônico realizado em 15 capitais e Distrito Federal pelo Ministério da Saúde observou que o Recife encontrava-se entre as cinco capitais brasileiras com maior ocorrência de inatividade física em adultos, alcançando 41% (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004). Além disso, Siqueira et al. (2008), estudando sete estados do Brasil, encontraram prevalências de sedentarismo de 31,8% e 58% para adultos e idosos, respectivamente.

Outros achados relativos aos hábitos de vida dos indivíduos deste estudo mostraram que em torno de um décimo dos usuários fumavam e/ou consumiam bebidas alcoólicas no período da coleta dos dados. Galindo (2010), ao avaliar o controle clínico de hipertensos e diabéticos cadastrados em programas de acompanhamento da atenção básica num município do estado de Pernambuco, encontrou proporções de 6,1% e 10,8% de indivíduos que referiram fumar e beber respectivamente. Porém, Zanetti et al. (2007) referiram que nenhum dos usuários por eles entrevistados fumava e a metade consumia bebidas alcoólicas.

Guimarães e Takayanagui (2002) sugerem a necessidade de as equipes de saúde reverem suas práticas de educação em saúde no tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2, valorizando também as orientações relativas a mudanças de estilo de vida dos pacientes. Nossos achados, relativos aos hábitos de vida, também apontam para a necessidade de maior atenção por parte da estratégia saúde da família dos municípios estudados no enfoque aos fatores de risco modificáveis do DM.

A maioria dos diabéticos entrevistados referiu já ter recebido a informação de que possui HAS associada, sendo que o tempo médio de conhecimento do DM, 8,6 anos, foi inferior em relação ao tempo médio de conhecimento da HAS. Os resultados da pesquisa de Zanetti et al. (2007) apontaram mais da metade dos diabéticos com tempo de conhecimento da doença entre 1 e 10 anos, apontando para a cronicidade da mesma.

Em relação ao tratamento medicamentoso para controle do diabetes, observamos que a grande maioria usa apenas comprimidos, enquanto apenas um décimo dos indivíduos referiram uso de insulina, associada ou não ao uso de comprimidos. Além disso, quase a totalidade dos diabéticos com HAS associada referiu utilizar comprimidos para controlar a pressão, porém mais da metade da amostra não possui o controle da PAS e PAD, nem da hemoglobina glicada por punção capilar. Verificamos, também, que a razão cintura/quadril (RCQ) e os resultados do IMC dos indivíduos estudados também não indicaram bom controle

da doença, uma vez que apenas aproximadamente um quinto dos indivíduos apresentou IMC e RCQ na faixa de normalidade.

Apesar da possibilidade de influência dos hábitos de vida e da utilização dos serviços observados nos diabéticos estudados, na falta de controle da doença, refletimos também sobre como estão sendo utilizadas estas medicações, já que Fröhlich et al. (2010) verificaram uma lacuna importante existente entre o que o paciente deve saber e o que ele realmente sabe sobre seus medicamentos, e referiram que os menores níveis de conhecimento dos pacientes ocorreram em relação à dose, aos efeitos adversos e ao que fazer no caso de esquecimento de uma ou mais doses do medicamento.

A maioria dos diabéticos revelou que houve agendamento e facilidade em marcar a última consulta, o que era de se esperar; afinal, a Estratégia Saúde da Família tem a territorialização e adscrição de clientela, o que deixa os usuários mais próximos do serviço de saúde; porém a espera para o início da mesma foi superior a 30 minutos. Gouveia (2009) revelou que o tempo de espera, assim como as condições dos serviços de saúde, gerou os menores graus de satisfação em todo o país.

Embora o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus tenha a vinculação do paciente às Unidades Básicas de Saúde para tratamento e acompanhamento, com ações de promoção da saúde e controle de fatores de risco entre suas prioridades (BRASIL, 2001a), este estudo apontou aspectos do uso do serviço que se distanciam do que está pautado. Uma vez que foi caracterizado pela não participação em atividades educativas de quase três quartos dos diabéticos, apesar de quase metade dos indivíduos terem referido que, nos últimos 12 meses, tiveram mais de quatro consultas cujos motivos eram, na grande maioria, para acompanhamento regular sem motivo específico de saúde.

Souza e Garnelo (2008) referiram que o cuidado com as demandas de saúde, na unidade de saúde da família e na unidade básica de saúde, estava centrado na doença, pautando-se pelo enfoque individual e medicalizador, com pouca penetração das atividades de educação em saúde no cotidiano das práticas sanitárias. Estes autores referiram, ainda, que o exame físico mostrou-se um procedimento excepcional; segundo eles, após a coleta sumária das queixas, os médicos efetuavam a prescrição medicamentosa.

Os achados de Paiva et al. (2006) também demonstraram deficiências na realização desses procedimentos no PSF do Município de Francisco Monorato, - SP. Estes estudos corroboram com nossos achados, pois, embora a grande maioria dos diabéticos tenha referido que a aferição da pressão arterial foi realizada na última consulta, o peso só foi medido em

três quintos deles e muitos diabéticos referiram que as medições da altura, da cintura e da circunferência dos seus quadris não foram realizadas em consultas na USF. Porém, ao verificar a satisfação dos usuários com os aspectos relacionados às habilidades dos profissionais, observamos altos níveis de satisfação, podendo ser justificado pelo sentimento de gratidão (BERNHART, 1999).

Por outro lado, Rocha et al. (2008) apontaram dificuldades visíveis nas atividades de visitas domiciliares e promocionais nos municípios nordestinos, nos quais realizaram avaliação do Programa Saúde da Família. Segundo estes autores, estas dificuldades foram observadas especialmente entre os profissionais médicos, quando os mesmos se vêem diante de grande demanda por atendimento clínico. Eles referiram ainda que a sobrecarga de trabalho e a pressão por assistência em locais com pouca cobertura e/ ou áreas contíguas foram apontadas como obstáculo a ser superado na organização do trabalho.

Apesar da garantia de medicamentos para tratamento do diabetes também ter sido estabelecido como prioridade do PRADH e da maioria dos usuários, que usam comprimidos para tratar o diabetes, ter mencionado prescrição e fornecimento dos mesmos feitos pela USF, quase um quinto dos indivíduos entrevistados referiu precisar comprar algum (uns) destes comprimidos. Somando-se a isto, a maioria dos diabéticos, que necessitam de insulina no tratamento, referiu que este tratamento era acompanhado pela USF; mas, grande parte deles não teve a insulina prescrita pela USF, sugerindo que tenham sido prescritos por especialistas em outras unidades de saúde. Contudo, a maioria dos usuários, com HAS associada e necessidade de tratamento com comprimidos para pressão alta, referiu a prescrição e fornecimento dos mesmos pela USF.

A despeito da avaliação dos usuários ser de difícil aferição, por se tratar de mensuração de opiniões, influenciada por diferentes situações, expectativas e antecedentes (KOTAKA, 1997), a satisfação do paciente, avaliada por Zanetti et al.(2007) em um programa de educação em diabetes de Ribeirão Preto, constituiu valioso feedback para a equipe multiprofissional avaliar o programa implementado. Os achados desta pesquisa sugerem que, apesar do alto grau de satisfação identificado, os usuários apontaram aspectos importantes do acompanhamento do diabetes na Estratégia Saúde da Família que merecem ser revistos e melhorados pelos municípios estudados.

Esperidião e Trad (2005) citam vários autores que obtiveram como resultados de seus estudos altas taxas de satisfação, fenômeno também conhecido como efeito de “elevação” das taxas de satisfação que leva pesquisadores a questionar a validade desses estudos. Somando-se a isto, Vaitsman e Andrade (2005) referem que, na maioria dos estudos realizados, quem

utiliza os serviços, sejam eles chamados de pacientes ou usuários, são muito pouco críticos em relação à sua qualidade.

Os usuários entrevistados neste estudo apresentaram altas proporções de satisfação com explicações recebidas, aspectos da última consulta devido ao DM-2 e acesso a consultas especializadas e a internações devido ao DM-2 em todos os itens questionados neste estudo, porém para alguns itens as proporções de insatisfação passaram de 23%. Isto corrobora com os achados de Gouveia et al. (2005) que, ao analisarem os dados do World Health Survey (WHS) do Brasil, observaram um grau de insatisfação entre os usuários, sendo o menor grau de satisfação relacionado ao acesso e atributos dos serviços. Além disso, estes autores referem que o grau de satisfação com serviços públicos é menor em relação aos privados.

Gouveia (2009) encontrou elevados níveis de satisfação de maneira geral, com patamares superiores a 90% de satisfação em alguns momentos, tanto na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) quanto na Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB). Esta autora refere que alguns aspectos, como disponibilidade de equipamentos, habilidades dos profissionais de saúde e relacionamento interpessoal foram considerados como muito bom pela maioria dos usuários entrevistados.

Apesar da maioria dos entrevistados ter referido que estão satisfeitos com as explicações sobre a doença, seu prognóstico e sobre o uso das medicações, altos percentuais de usuários do Município de Abreu e Lima não emitiram sua opinião e referiu não se lembrar de ter recebido explicações sobre a doença e o prognóstico; porém, pelo desenho do estudo, não foi possível aprofundar e compreender melhor estes dados. Pode ter havido “missing” de memória, apesar de termos feito um recorte temporal, considerando o último ano antes da entrevista como referência para a maioria das questões, a fim de evitar este tipo de problema.

Em relação à satisfação com os aspectos da última consulta devido ao diabetes nos últimos 12 meses, este estudo evidenciou que a maioria dos usuários também avaliou positivamente todos os itens estudados. Sendo que os itens, cujos percentuais de insatisfação dos usuários foi maior, foram relativos ao fornecimento das medicações, à confiança na receita dada pelo profissional da USF e à avaliação geral da última consulta. Estes achados podem relacionar-se, de alguma forma, com a caracterização dos usuários segundo o uso do serviço, uma vez que os usuários da Estratégia Saúde da Família apontaram lacunas relativas à última consulta e à prescrição e fornecimento das medicações. A disponibilidade de medicamentos, assim como o tempo de espera até o atendimento foram apontados, por Gouveia et al. (2011), como os aspectos com menores graus de satisfação dos usuários do sistema de saúde em Pernambuco.

Por outro lado, os usuários deste estudo demonstraram maiores proporções de satisfação com a forma de atender pelo profissional e atenção dada às suas queixas pelo profissional. Corroborando com os achados de Lemme et al. (1991) e Weiss (1988), que indicam aspectos relacionados à relação médico-paciente, bem como à comunicação estabelecida entre eles, como determinantes da satisfação; assim, pacientes de médicos que mostram interesse, simpatia, desejo de ajudar, entre outras coisas, têm maior grau de satisfação.

Os aspectos que influenciam na produção de satisfação e insatisfação são muitos, e estes estão sempre variando entre os estudos. Reis et al. (1990) referem que vários fatores afetam a percepção do paciente, e entre eles destacam-se as experiências anteriores de cuidados médicos recebidos, em que condições elas ocorreram e o seu estado atual de saúde. Trad et al. (2002) complementam citando que na avaliação de satisfação o sujeito enfatiza uma combinação do ideal de serviço, noção de serviço merecido, experiência passadas e um nível subjetivo de qualidade aceitável.

A satisfação dos usuários com as explicações recebidas e com os aspectos da última consulta devido ao diabetes não apresentou diferença significativa entre os diabéticos controlados (hemoglobina glicada - HbA1c < 7%) e mal controlados (HbA1c ≥ 7%), a maioria deles referiu estar satisfeito com o acompanhamento do diabetes. Apesar desta homogeneidade, os diabéticos os mal controlados apresentaram as maiores proporções de satisfação com as explicações recebidas sobre a doença, o prognóstico e o uso das medicações; além disso, os usuários com diabetes controlado apresentaram-se mais insatisfeitos com a avaliação geral da consulta e com o fornecimento das medicações; enquanto que, entre os mal controlados a confiança na receita dada pelo profissional e o fornecimento das medicações.

Estes achados sugerem que a insatisfação com os itens relacionados a medicações possivelmente pode ter relações com a falta de controle da doença dos usuários da Estratégia Saúde da Família dos municípios estudados, uma vez que os diabéticos mal controlados foram mais críticos com estes aspectos. Outra questão levantada neste estudo foi se estes indivíduos com diabetes mal controlados são os usuários que referiram as fragilidades relativas ao fornecimento das medicações na USF, assim como às demais características de utilização dos serviços. Porém, como não objetivamos avaliar estas questões neste estudo, sugerimos que estudos futuros busquem elucidar estas questões.

A maioria dos indivíduos referiu satisfação com o acesso às consultas de todas as especialidades questionadas neste estudo e às internações devido ao DM. Dentre todas as especialidades questionadas, a que teve o acesso melhor avaliado pelos usuários, controlados

e mal controlados, foi “dentista”. Porém, apesar das equipes de saúde bucal (ESB) estarem cada vez mais presentes na estratégia Saúde da Família, através da implantação da ESB prevista na Portaria 1.444 de 28/12/2000 (BRASIL, 2000b), os resultados deste estudo sugerem que o acesso dos usuários diabéticos a esta especialidade precisa ser melhorado, uma vez que o número absoluto dos entrevistados que referiu acesso a esta especialidade foi pequeno.

Além disso, especialidades como endocrinologia e oftalmologia, importantes para o tratamento e prevenção de complicações nos diabéticos, especialmente nos mal controlados, foram as que os usuários pior avaliaram o acesso. Ao analisar o número de indivíduos que referiu acesso às consultas com especialistas nos últimos 12 meses, verificamos que o este foi baixo, principalmente para podólogos e endocrinologistas. Este fato aponta para fragilidades na referência e contra-referência do sistema de saúde dos municípios estudados, porém não pode ser “extrapolado” para todo o estado de Pernambuco, por questões do método empregado neste estudo.

Estudos recentes revelaram uma dificuldade existente no acesso a consultas e exames especializados (SOUZA; GARNELO, 2008; ROCHA et al., 2008; VIANA, et al., 2006). Segundo Souza e Garnelo (2008), a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade do sistema de saúde compromete a efetividade do cuidado e a inexistência de um efetivo sistema de referência e contra-referência torna-se uma barreira, por vezes intransponível, para o acesso dos usuários a cuidados de maior nível de complexidade.

Além disso, Rocha et al. (2008) afirmam que tanto os gestores, quanto os profissionais de saúde e usuários, no conjunto dos municípios estudados por eles, revelaram que, em graus variados, havia dificuldades de referência e contra-referência. No que diz respeito à acessibilidade às consultas na unidade e aos encaminhamentos, os usuários referiram existir grande demanda para atendimento, com permanência de filas nas próprias unidades de saúde da família. Segundo eles, este problema torna-se maior em relação a exames laboratoriais, consultas especializadas e internações.

Em virtude de termos utilizado o método quantitativo, com a aplicação de um formulário padronizado só conseguimos revelar aspectos mais gerais da avaliação da atenção à saúde do diabético na Estratégia Saúde da Família segundo a perspectiva dos usuários nos municípios estudados. Assim, sugerimos estudos futuros sobre esta temática que combinem abordagens quantitativas e qualitativas a fim de superar os limites associados a cada uma delas em particular. Além disso, como este estudo originou-se de uma pesquisa maior, a qual dispõe de dados de 35 municípios pernambucanos, sugerimos que sejam realizados futuros

estudos utilizando o banco de dados na tentativa de elucidar algumas das questões levantadas por este estudo.

9 CONCLUSÕES

- a) A maioria dos indivíduos tem 55 anos ou mais, é do sexo feminino, analfabeto, possui renda mensal de até um salário mínimo, não trabalha e se considera chefe da família;
- b) Quanto aos hábitos de vida dos indivíduos deste estudo, verificamos que a maioria deles não praticava atividade física, enquanto uma parcela pequena, porém importante, fumava e/ou consumia bebidas alcoólicas;
- c) O tempo médio de conhecimento do DM foi inferior em relação ao tempo médio de conhecimento da HAS;
- d) A falta de controle do diabetes foi identificada em mais da metade dos usuários;
- e) Os usuários apresentaram altas proporções de satisfação com explicações recebidas, aspectos da última consulta devido ao DM-2 e acesso a consultas especializadas e a internações devido ao DM-2;
- f) Altos percentuais de usuários, do município de Abreu e Lima, não emitiram suas opiniões e referiram não se lembrarem de ter recebido explicações sobre a doença e o prognóstico;
- g) A satisfação dos usuários com as explicações recebidas e com os aspectos da última consulta devido ao diabetes não apresentou diferença significativa entre os diabéticos controlados (hemoglobina glicada - HbA1c < 7%) e mal controlados (HbA1c ≥ 7%);
- h) A satisfação dos usuários, independentemente se estes tinham ou não o controle do diabetes, com o acesso às especialidades como endocrinologia e oftalmologia foi menor em relação às demais;
- i) Os achados desta pesquisa sugerem que, apesar do alto grau de satisfação identificado, os usuários apontaram aspectos importantes do acompanhamento do diabetes na Estratégia Saúde da Família que merecem ser revistos e melhorados pelos municípios estudados.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde — avaliar o quê? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p. 361-365, out./dez. 1992.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Economic consequences of diabetes mellitus in the U.S. in 1997, **Diabetes Care**, Washington, v.21, p. 296-309, 1998.

ASPINAL et al. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature, **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.42, n.4, p.324-339, 2003.

ATKINSON S. J. Anthropology in Research on the Quality of Health Services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 283-299, jul./set. 1993.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E.H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.288, n. 14, p.1775-79, 2002.

BERNHART, M.H. et al. Patient satisfaction in developing countries. **Social Science & Medicine**. Amsterdam, v.48, n.8, p.989-996, Apr. 1999.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Da saúde. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 12 set. 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 set. 2007.

_____. **Lei nº 8142 de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 12 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis** : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005a.

_____. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus.** Brasília, 2001a.

_____. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.6, p.585-588, dez. 2001b.

_____. **Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS.** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf>. Acesso em: 12 set. 2007.

_____. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006e. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/pacto_portaria_399_06.pdf>. Acesso em: 12 set. 2007.

_____. **Portaria nº 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000.** Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000b. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. **Atenção básica e a saúde da família.** Brasília, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 12 set. 2007.

_____. **Diabetes Mellitus.** Brasília, 2006a.. (Cadernos de Atenção Básica, 16).

_____. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, 15).

_____. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, 2006c. (Série pactos pela saúde, 2006, v. 4.)

_____. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica.** Brasília, 2006f. (Cadernos de Atenção Básica; 14).

_____. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica,** 2003. Brasília, 2003.

_____. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília, 2005b.

_____. **Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde.** 2 ed. Brasília, 2008.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS) descentralização.** Brasília, 2000a.

CASTIEL, L. D. Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 184-190, 1986.

CESSE, E. et al. Tendências da mortalidade por DCNT no Brasil: expansão ou redução?. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 3, p. 73-88.

CESSE, E.; FREESE, E. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 2, p. 47-72.

COLLINS, R. et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. **Lancet**, New York, v.335, n. 8693, p.827-38, Apr. 1990.

CONTRANDIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HASRTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-48.

COSTA, J. M. B. S. **Avaliação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife-PE, 2006.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p.103-7, jan./mar. 1997.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluation.** México DF: La Prensa Mexicana, 1984.

ELIAS, P.E. et al. Atenção básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no Município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3. p.633-641, 2006.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 303-312, 2005. Suplemento.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1267-1276, 2006.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FENDALL, N.R. Declaration of Alma Ata. **Lancet**, New York, v. 312, n. 8103, p.1308, 1978.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: FREESE, E. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. cap. 6, p. 127-142.

FONTBONNE, A.; FREESE, E. Epidemiologia do diabetes tipo 2 e a resistência à insulina. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 8, p. 159-176.

FREESE, E. et al. Fatores limitantes e facilitadores de mudança nas organizações de saúde do SUS: dialogando com novos e velhos problemas. In : FREESE, E. (Org.) **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. cap. 10, p. 233-260.

FREESE, E.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 1, p. 17-46.

FRÖHLICH, S. E.; et al. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.6, p.1046-1054, 2010.

GALINDO, A.J.A. **Avaliação do controle clínico de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Acompanhamento da Atenção Básica (HIPERDIA) no município de Arcoverde – Pernambuco**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

GOUVEIA, G. C.; et al. Health care user's satisfaction in Brasil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, supl.1, p. S109-S118, 2005.

GOUVEIA, G.C. **Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

GOUVEIA, G.C. et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1849-1861, mar. 2011.

GUIMARÃES, F.P.M.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.15, n.1, p.37-44, jan./abr. 2002.

HASRZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v.6, n.156, p.1-7. Dec, 2006a.

HASRZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006b.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.683-703, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2011.

KLOTZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-628, jul./set., 1998.

KOTAKA, F. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p.171-177, 1997.

LAM, C.L.K. The 21st century: the age of family medicine research? **Annals of Family Medicine**, Cleveland, v.2, Suppl.2, p.S50-S54, May/June 2004.

LEMME, A.C., et al. A Satisfação do Usuário em Hospital Universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 41-46, fev. 1991.

LOTUFO, P. A. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil. Comparação com outros países. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 70, n. 5, p. 321-325, maio 1998.

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicentric study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired tolerance in Urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, Washington, v.15, n.11, p.1509-1516, nov. 1992.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomo 1.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-248, 1993.

MOURA, A. A. G. **A Repercussão das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) na Concessão de Auxílios-Doença e Aposentadorias por Invalidez no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

OLIVEIRA, D.S. et al. Avaliação do Risco Cardiovascular Segundo os Critérios de Framingham em Pacientes Com Diabetes Tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v.51, n.2, p. 268-274, mar. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Health Systems: Improving Performance**. The World Health Report 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>>. Acesso em : 19 fev. 2011.

_____. **Health Topics: Diabetes**. Disponível em: <http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/>. Acesso em: 27 set. 2010.

_____. **Prevenção de doenças crônicas um investimento vital**. Brasília, 2005.

_____. **Review of best practice in interventions to promote physical activity in developing countries**. Interventions. Geneva, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Washington, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2007.

PAIVA, D.C.P. et al. Avaliação da assistência ao paciente diabético e/ou hipertenso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.377-385, fev. 2006.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica ao diabetes mellitus na estratégia Saúde da Família**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R.P. Perfil demográfico da População Idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2003. Disponível em: <www.unati.uerj.br>. Acesso em: 17 jul. 2005.

PERNAMBUCO. Governo. **Dados**. Disponível em: <<http://www2.pe.gov.br/web/portalpe/dados>>. Acesso em: 22 mar. 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Hipertensão Capacitação de equipes do ESF segue para Palmares**. Recife, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br/noticias.php?codigo=715&pagina=44&publicar=1>>. Acesso em: 22 mar. 2009.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Recife, 2005.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990.

RIBEIRO, M.C.S.A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de services de saúde para usuários e não-usuários do SUS. – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.1011-1022, out./dez. 2006.

ROCHA, P.M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Supl.1, p.S69-S78, 2008.

ROTHMAN, A.A.; WAGNER, E.H. Chronic illness management: what is the role of primary care? **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v.138, n.3, p.256-261, Feb. 2003.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doenças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, set./dez. 1999.

SERPA, L. F. Qualidade-quantidade na pesquisa educacional. **Ágere: Revista de Educação e Cultura**, Salvador, v.6, n.6, p. 165-74, 2002.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, Parsippany, v.50, p.161-175, 2001.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. A avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SIQUEIRA, F.V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.39-54, jan. 2008.

SOUZA, M.L.P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Supl. 1, p.S91-S99, 2008.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCATO, F. J. (Org). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 3, p. 121-136.

TRAD, L.A.B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (ESF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n.3, p.581-589, 2002.

TURRIS, A. S. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v.50, n.3, p.293-298, may. 2005.

UCHIMURA, K. Y. e BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1561-1569, nov./dez. 2002

UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). **Lancet**, New York, v.352, n.9131, p.837-853, Sept. 1998a.

_____. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. **British Medical Journal**, London, v.317, n.7160, p.703-713, Set. 1998b.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.599-613, jul./set. 2005.

VELASCO-GARRIDO, M.; BUSSE, R.; HISASHIGE, A. **Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions?** Health Evidence Network report, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.

VIANA, A.L.d'A. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 577-606, jul./set. 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, jan./mar. 1994.

VUORI, H. Patient satisfaction – does it matter? **Quality Assurance in Health Care**, Bingley, v. 3, n.3, p.183-180, 1991.

WESS, L.G. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. **Medical Care**, Philadelphia, v. 26, n. 4, p. 383-392, Apr. 1988.

WILLIAMS, R.; VAN GAAL, L.; LUCIONI, C. Assessing the impact of complications on the costs of type II diabetes mellitus. **Diabetologia**, Bristol, v.45, n.7, p.S13-7, June. 2002.

YACH, D.; KELLOGG, M.; VOUTE, J. Chronic diseases: an increasing challenge in developing countries. **Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v.99, p.321-324, May. 2005.

ZANETTI, M. L. et al. Satisfação do paciente diabético em seguimento em um programa de educação em diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.4, p. 583-589, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://ead.eerp.usp.br/rlae/>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

ANEXO A – Carta de Anuência do pesquisador coordenador da pesquisa SERVIDIAH



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

LABORATÓRIO DE AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE – LAM-SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA


Pela presente carta autorizamos a realização da dissertação da aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Ana Caroline da Cunha Lima Leal, intitulada “**Avaliação da satisfação de usuários diabéticos acompanhados na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado de Pernambuco**”, a partir do banco de dados do projeto de Pesquisa “**SERVIDIAH - Avaliação de serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família**” que está em desenvolvimento no âmbito do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (Lam-Saúde), do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz).

Este projeto de Pesquisa é financiado pelo **Edital FACEPE 09/2008** - Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde PPSUS – Pernambuco MS/CNPQ/FACEPE/SES, pelo **Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT nº 37/2008** - Avaliação de Tecnologias em Saúde e pelo **Edital Papes V** – CNPq-Fiocruz.

O Projeto tem como Instituição executora o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CPqAM/Fiocruz/PE e como Instituições colaboradoras a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP e o Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento – IRD, da França. Todas as condições, equipamentos e material de consumo são de responsabilidade do CPqAM-Fiocruz.

O referido projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CEP/CPqAM/Fiocruz e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Recife, 17 de Setembro de 2010


Prof.ª Dr.ª Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Coordenadora do Lam-Saúde

Porte N°ESF N°entrevistado ID

Não escrever nada nesta coluna

71.2.1. Caso não, quem foi que receitou a Insulina?

Especialista em endocrinologia, por encaminhamento da USF
 Centro de referência de diabetes
 Médico particular/desembolso direto
 Médico do Plano de Saúde
 Outro: _____
 NA

71.3. Esse tratamento está acompanhado pela USF?

Sim Não Não sei/não lembro NA

71.3.1. Caso não, quem é que acompanha esse tratamento com insulina?

Especialista em endocrinologia, por encaminhamento da USF
 Centro de referência de diabetes
 Médico particular/desembolso direto
 Médico do Plano de Saúde
 Outro: _____
 NA

71.4. A Insulina e o material de injeção (agulhas, seringas, etc.) são todos fornecidos pela USF?

Sim Não Não sei/não lembro NA

71.5. O Sr/a Sra precisa comprar uma parte deste tratamento (insulina e/ou material de injeção)?

Sim Não Não sei/não lembro NA

71.5.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ [] [] [] [] . [] [] insira os casos de NA ou não sabe/não lembra

72. Atualmente, o Sr/a Sra usa uso outro tipo de tratamento (remédios caseiros, simpatias, etc.) para tratar o diabetes?

Sim Não Não sei/não lembro ~~XXXX~~

72.1. Caso sim, quais são?

72.2. Alguém receitou esse(s) outro(s) tipo(s) de tratamento(s)?

Sim Não Não sei/não lembro NA

72.2.1. Caso sim, quem foi que receitou?

Curandeiro
 Curioso
 Balconista da farmácia
 Outro: _____
 NA

72.3. O Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que pagar essa pessoa?

Sim Não Não sei/não lembro NA

72.3.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

R\$ [] [] [] [] . [] [] insira os casos de NA ou não sabe/não lembra

Por [] [] mês/meses insira os casos de NA ou não sabe/não lembra

Porte N°ESF N°entrevistado ID

Não escrever nada nesta coluna

72.3.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)

R\$ [] [] [] [] . [] [] insira os casos de NA ou não sabe/não lembra

72.4. O Sr/a Sra precisa comprar todos ou parte desses outros tipos de remédios/tratamentos?

Sim, todos
 Sim, parte deles
 Não
 Não sei/não lembro
 NA

72.4.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ [] [] [] [] . [] [] insira os casos de NA ou não sabe/não lembra

73. O Sr/a Sra foi orientado(a) a fazer auto-monitoramento da glicemia, com tiras e aparelho de leitura?

Sim Não Não sei/não lembro ~~XXXX~~

74. O Sr/a Sra faz o auto-monitoramento da glicemia, com tiras e aparelho de leitura? se menos de 1 vez/semana, considerar que não faz

Sim Não Não sei/não lembro ~~XXXX~~

74.1. Caso não, porquê não faz? insira resposta se

Não achei importante fazer
 Não recebi o aparelho de leitura nem as tiras do PDSF, nem tive dinheiro para comprá-los
 Só recebi o aparelho de leitura e não tive dinheiro para comprar as tiras
 Tinha que comprar o aparelho de leitura para poder receber as tiras e não tive dinheiro para comprar o aparelho de leitura
 Não tenho tempo, não combina com meu trabalho ou meus afazeres
 Não foi orientado(a)
 Outro: _____
 NA

Caso tenha sido orientado e faça o auto-monitoramento da glicemia

75. Quem foi que orientou a fazer este auto-monitoramento?

Algum profissional da USF
 Especialista em endocrinologia, por encaminhamento da USF
 Centro de referência de diabetes
 Médico particular/desembolso direto
 Médico do Plano de Saúde
 Outro: _____
 NA

76. O Sr/a Sra precisou comprar o aparelho de leitura?

Sim Não Não sei/não lembro NA

76.1. Caso sim, quanto gastou com esta compra?

R\$ [] [] [] [] . [] [] insira os casos de NA ou não sabe/não lembra

77. O Sr/a Sra precisa comprar as tiras reativas?

Sim Não Não sei/não lembro NA

77.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ [] [] [] [] . [] [] insira os casos de NA ou não sabe/não lembra

Forte N°ESF N°entrevistado ID
 Não escrever nada nesta coluna

MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 2

91. Pressão arterial (2ª medida - SENTADO):

Sistólica	<input type="text"/>	mmHg	<input type="text"/>	PASS
Diastólica	<input type="text"/>	mmHg	<input type="text"/>	PACO

CONSULTAS/VISITAS DE ACOMPANHAMENTO DO DIABETES (AB)

92. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou na USF devido ao diabetes?
 Nº de consultas: insira os zeros de NM ou não sabe/não lembro CS1

93. Há quantas semanas foi sua última consulta na USF devido ao diabetes?
 semanas insira os zeros de NM ou não sabe/não lembro CS2

94. Qual era o motivo desta consulta?

Acompanhamento regular sem motivo de saúde específico
 Problema específico relacionado com o diabetes
 Não sei/não lembro
 NA CS3

94.1. Se o motivo for "Problema específico relacionado com o diabetes", o Sr/a Sra acredita que hoje ele está:

Resolvido
 Melhor
 Igual
 Pior
 Não sei
 NA CS4

95. Esta consulta foi agendada?
 Sim Não Não sei/não lembro NA CS5

96. Foi fácil marcar hora para esta consulta?
 Sim Não Não sei/não lembro NA CS6

97. Uma vez que o Sr/a Sra chegou à unidade (à USF), o Sr/a Sra esperou mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a)/enfermeiro(a) (sem contar triagem ou acolhimento)?
 Sim Não Não sei/não lembro NA CS7

98. Qual sua opinião sobre a forma de atender por parte da recepção? (o pessoal da recepção foi gentil, educado, simpático?)
 Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim
 Muito ruim
 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 NA OPNC38

99. Qual sua opinião sobre a forma de atender do profissional (médico(a)/enfermeiro(a)) que atendeu? (foi gentil, educado(a), simpático(a)?)
 Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim
 Muito ruim
 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 NA OPNC39

Forte N°ESF N°entrevistado ID
 Não escrever nada nesta coluna

100. Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que atendeu? (ouveu com atenção o motivo da consulta, suas queixas?)
 Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim
 Muito ruim
 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 NA OPNC30

101. Qual sua opinião sobre o exame clínico, sobre o jeito como o (a) médico(a)/enfermeiro(a) o examinou?
 Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim
 Muito ruim
 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 NA OPNC34

102. Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo(a) médico(a)/enfermeiro(a)? (o Sr/a Sra confiou no(a) médico(a)/enfermeiro(a)?)
 Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim
 Muito ruim
 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 NA OPNC35

103. Qual a sua avaliação geral da consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?
 Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim
 Muito ruim
 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 NA OPNC36

104. Nesta última consulta que o Sr/a Sra realizou devido ao diabetes, o Sr/a Sra teve sua pressão arterial aferida?
 Sim Não Não sei/não lembro NA OPNC37

105. Nesta última consulta que o Sr/a Sra realizou devido ao diabetes, o Sr/a Sra teve seu peso medido?
 Sim Não Não sei/não lembro NA OPNC32

106. Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF, o Sr/a Sra já teve sua altura medida alguma vez?
 Sim Não Não sei/não lembro NA OPNC33

107. Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF, o Sr/a Sra já teve sua cintura medida alguma vez?
 Sim Não Não sei/não lembro NA OPNC34

108. Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF, o Sr/a Sra já teve a circunferência de seus quadris medida alguma vez?
 Sim Não Não sei/não lembro NA OPNC35

Porte	N°ESF	N°entrevistado	ID
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>			
109. Qual sua opinião sobre as explicações que o Sr/a Sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF com respeito à sua doença (diabetes)?	<input type="checkbox"/> OPNDIV		
<input type="radio"/> Muito boa <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Ruim <input type="radio"/> Muito ruim <input type="checkbox"/> Não lembro ter recebido explicações <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso <input type="checkbox"/> NA			
110. Qual sua opinião sobre as explicações que o Sr/a Sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF quanto ao prognóstico/ evolução de sua doença (diabetes)?	<input type="checkbox"/> OPNDIV		
<input type="radio"/> Muito boa <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Ruim <input type="radio"/> Muito ruim <input type="checkbox"/> Não lembro ter recebido explicações <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso <input type="checkbox"/> NA			
EXAME FÍSICO			
111. Peso: [] [] [] [] kg	[] [] [] [] PESO		
112. Altura: [] [] [] [] cm	[] [] [] [] ALTURA		
113. Circunferência abdominal (1ª medida): [] [] [] [] cm	[] [] [] [] ABD01		
114. Circunferência abdominal (2ª medida): [] [] [] [] cm	[] [] [] [] ABD02		
Caso medidas difiram > 1 cm			
115. Circunferência abdominal (3ª medida): [] [] [] [] cm	[] [] [] [] ABD03		
116. Circunferência quadril (1ª medida): [] [] [] [] cm	[] [] [] [] QUAD1		
117. Circunferência quadril (2ª medida): [] [] [] [] cm	[] [] [] [] QUAD2		
Caso medidas difiram > 1 cm			
118. Circunferência quadril (3ª medida): [] [] [] [] cm	[] [] [] [] QUAD3		
ORIENTAÇÕES/ EXAMES DE ACOMPANHAMENTO DO DIABETES (AB)			
119. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF aferiu sua pressão arterial ou orientou que fosse à unidade para aferir?	<input type="checkbox"/> ORS01		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA			
120. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF realizou orientações sobre higiene bucal (forma correta de escovar os dentes, uso do fio dental)?	<input type="checkbox"/> ORS02		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA			
121. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra recebeu vacina contra a gripe por orientação de algum profissional da USF?	<input type="checkbox"/> ORS03		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA			
Exame dos pés			
122. Nos últimos 12 meses, em alguma consulta na USF fizeram um exame nos seus pés para verificar feridas ou testar sensibilidade?	<input type="checkbox"/> PE1		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA			

Porte	N°ESF	N°entrevistado	ID
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>			
123. Nos últimos 12 meses, em alguma consulta na USF o Sr/a Sra recebeu orientações sobre cuidados que deve ter com os pés, por exemplo, olhar os pés regularmente, evitar cortar calos e/ou usar sapatos que não machuquem?	<input type="checkbox"/> PE2		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA			
124. O Sr/a Sra realiza estes cuidados com os pés, por exemplo, examina para ver se tem alguma ferida nos pés ou evita cortar calos ou procura usar sapatos que não machuquem?	<input type="checkbox"/> PE3		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> NA			
124.1. Caso sim, o Sr/a Sra teve, ou continua tendo, gastos para se adequar a isto (por exemplo: procurar serviços de pedicura, comprar sapatos mais caros, mandar fazer solas especiais, etc.)?	<input type="checkbox"/> PE4		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA			
124.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)	<input type="checkbox"/> PE5		
R\$ [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> Pagar os custos de NA ou não sabe/não lembro			
Por [] [] mês/meses <input type="checkbox"/> Pagar os custos de NA ou não sabe/não lembro	<input type="checkbox"/> PE6		
124.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)	<input type="checkbox"/> PE7		
R\$ [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> Pagar os custos de NA ou não sabe/não lembro			
Hemoglobina glicada			
125. O Sr/a Sra sabe o que é a hemoglobina glicada ou glicosilada?	<input type="checkbox"/> HGG01		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Explicar, se necessário, hemoglobina glicada é um exame que mede como estava a média do açúcar no sangue nos últimos meses. REALIZAR NESTE MOMENTO A PUNÇÃO CAPILAR PARA MEDIR A HEMOGLOBINA GLICADA (dizendo que vai medir juntamente o que acabou de explicar)			
126. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra fez punção venosa para medir a hemoglobina glicada ou glicosilada?	<input type="checkbox"/> HGG02		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input checked="" type="checkbox"/> NA			
126.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?	<input type="checkbox"/> HGG1		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA			
127. Resultado da hemoglobina glicada por punção capilar:	[] [] [] [] % <input type="checkbox"/> HGG2		
Caso tenha tido medidas da hemoglobina glicada			
128. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra tirou sangue da veia para medir a hemoglobina glicada ou glicosilada?	<input type="checkbox"/> HGG3		
Número de vezes: [] [] <input type="checkbox"/> Pagar de NA ou não sabe/não lembro			
129. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)?	<input type="checkbox"/> HGG4		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> NA			
130. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados deste exame?	<input type="checkbox"/> HGG5		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA			

[] [] Ponte	[] [] [] [] N°ESF N°entrevistado	[] [] [] [] NÃO escrever nada nesta coluna
R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	AMPL0
237. O Sr/a Sra teve outros gastos para realizar esta cirurgia (por exemplo: transporte, transporte para acompanhante, alimentação, remédios (de uso por tempo limitado), etc.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	AMPL4
237.1. Caso sim, quanto acha que gastou com estes? R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	AMPL5
238. Por este problema, o Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que ter cuidados de fisioterapia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	AMPL6
238.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar) R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small> Por [] [] mês/meses <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	AMPL7
238.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente) R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	AMPL8
239. Este problema teve repercussões sobre seu trabalho e sua renda mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	AMPL9
239.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)? R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	AMPL10
240. O Sr/a Sra teve ou tem dores/cócegas insuportáveis e permanentes nos membros inferiores (pernas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input checked="" type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	DORINH
241. O Sr/a Sra teve ou tem outra(s) complicação(ões) do diabetes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input checked="" type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	COMPL8
241.1. Caso sim, qual(is)? _____ _____		
Caso tenha tido ou tenha outras complicações		
242. Para esta(s) complicação(ões), o Sr/a Sra precisa usar algum remédio todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	COMPL1
Caso sim		
242.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)? <small>Indicar para ver a receita ou a embalagem</small> _____ _____		
242.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	COMPL2

[] [] [] [] Ponte	[] [] [] [] N°ESF N°entrevistado	[] [] [] [] NÃO escrever nada nesta coluna
242.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra? R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	COMPL3
243. Esta(s) complicação(ões) teve(tiveram) repercussões sobre seu trabalho e sua renda mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	COMPL4
243.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)? R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	COMPL5
244. O Sr/a Sra tem que encerrar outros gastos devido a esta(s) complicação(ões)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	COMPL6
244.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês? R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	COMPL7
Caso tenha tido ou tenha alguma complicação devido ao diabetes		
245. O Sr/a Sra precisou fazer reformas na sua moradia, para ajustar o ambiente ao seu estado de saúde devido a esta complicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	COMPL8
245.1. Caso sim, quanto diria que isso custou? R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	COMPL9
246. O Sr/a Sra precisa usar uma prótese e/ou cadeira de roda, ou outro aparelho, em decorrência desta complicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	COMPL10
246.1. Caso sim, o Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que pagar por estes aparelhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	COMPL11
246.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar) R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small> Por [] [] mês/meses <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	COMPL12
246.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente) R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	COMPL13
246.1.3. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente) R\$ [] [] [] [] [] [] <small>Escreva os zeros de NA ou não sabe/não lembra</small>	[] [] [] [] [] []	COMPL14
INTERAÇÕES POR DIABETES OU RELACIONADAS COM DIABETES		
247. Durante sua vida, o Sr/a Sra teve alguma Internação devido ao diabetes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input checked="" type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	INTER8H
Caso tenha tido internações devido ao diabetes		
248. Quantas internações o Sr/a Sra teve desde o começo do diabetes? <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> De duas a cinco vezes <input type="checkbox"/> Mais de cinco vezes <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA	[] [] [] [] [] []	INTER1

 Forte

 NFRRF

 N*entrevistador

 Não escrever nada nesta coluna

Para a mais recente internação que o Sr/a Sra teve:

249. O Sr/a Sra foi encaminhado/a por algum profissional da USF?
 Sim Não Não sei/não lembro NA INTER2

250. Onde o Sr/a Sra foi internado/a?
 Hospital público
 Hospital privado (plano de Saúde)
 Hospital privado (particular)
 Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)
 Universidade/Hospital escola
 Outros _____
 NA INTER3

251. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF escreveu alguma informação para o pessoal do hospital a respeito do motivo desta internação?
 Sim Não Não sei/não lembro NA INTER4

252. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados desta internação?
 Sim Não Não sei/não lembro NA INTER5

253. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta internação (explicou o que significavam no seu caso, que consequências podiam ter sobre sua dieta, seu tratamento, etc.)?
 Sim Não Não sei/não lembro NA INTER6

254. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido durante esta internação?
 Sim Não Não sei/não lembro NA INTER7

255. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta internação (foi fácil conseguir esta internação)?
 Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim
 Muito ruim
 Não sei/dizer/ não tenho opinião sobre isso
 NA INTER8

256. O Sr/a Sra pagou por esta internação?
 Sim Não Não sei/não lembro NA INTER9

256.1. Caso sim, quanto pagou?
 R\$ _____, _____ Escreva as casas de NM ou não sabe/não lembro INTER10

257. Por causa desta internação, o Sr/a Sra perdeu parte de seu salário/ganho habitual?
 Sim Não Não sei/não lembro NA INTER11

257.1. Caso sim, quanto acha que perdeu?
 R\$ _____, _____ Escreva as casas de NM ou não sabe/não lembro INTER12

Muito obrigado, por haver disponibilizado seu tempo livre para responder este questionário.

Nome do(a) entrevistador(a): _____

ANEXO C – Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)



Memo nº: 04/2009 - CEP/CPqAM
 De: Giselle Camposana Gouveia
 Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ
 Para: Eduardo Maia Freese de Carvalho
 Direção/CPqAM/FIOCRUZ
 Data: 08/06/09
 Assunto: Parecer CONEP – Projeto 43/08.

Título do Projeto: SERVIDIAH – Avaliação de serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família.

Pesquisador Responsável: Eduardo Maia Freese de Carvalho

Instituição onde se realizará o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Registro no CAAE: 0042.0.095.000-08

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 43/08

Data de apresentação ao CEP: 30/05/2008

Registro CONEP: 15047

Sr. Pesquisador

Estamos encaminhando a correspondência (Parecer nº 513/2008) enviada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o resultado da avaliação referente ao projeto acima descrito. O projeto ficou na situação de **PROTOCOLO APROVADO**. Encaminhamos cópia do documento acima (parecer CONEP) em anexo.

Atenciosamente,


 Giselle Camposana Gouveia
 Coordenadora
 MEd. SAPE 0000070
 CPqAM / FIOCRUZ

A/C. Profa.
 Eduarda Cesar



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 889/2008

Registro CONEP: 15047 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE – 0042.0.095.000-08

Processo nº 25000.159343/2008-76

Projeto de Pesquisa: "SERVIDIAH - Avaliação de serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família"

Pesquisador Responsável: Eduardo Maia Freese de Carvalho

Instituição: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz/PE

CEP de origem: CEP do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz/PE

Área Temática Especial: Cooperação estrangeira

Patrocinador: PAPES/FIOCRUZ/CNPq

Sumário geral do protocolo

O processo de "transição epidemiológica" que ocorre em grande parte dos países emergentes ou em desenvolvimento em diferentes regiões do mundo se traduz pelo aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), entre as quais se destacam as neoplasias e as doenças ligadas ao aumento da obesidade. Na França e no Brasil, experiências estão sendo implementadas e avaliadas para melhorar a assistência aos doentes crônicos, no nível da atenção básica à saúde.

O presente projeto é parte integrante de uma linha de pesquisa em DCNT, articulada com a avaliação das ações desenvolvidas na atenção básica, realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz/PE. Será desenvolvido articulado com a instituição francesa *Institut de Recherche pour le Développement* (IRD) e o Instituto Materno Infantil Fernandes Figueira (IMIP), a partir de um projeto de cooperação técnica para o desenvolvimento de parcerias para a pesquisa em DCNT e a organização dos serviços, promoção, prevenção e assistência para a diabetes e a hipertensão.

Ao final, a cooperação visa fornecer subsídios para a melhoria do controle das enfermidades referidas no país, por via da atenção básica, e verificar a viabilidade de possíveis aplicações da atenção prestada para outras realidades culturais e sócio-econômicas, como em países africanos.

O objetivo geral será: avaliar os serviços de saúde de atenção básica para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF), assim como o acesso desses pacientes aos serviços de referência.

Os objetivos específicos serão: avaliar o grau de implantação das ações básicas de saúde direcionadas aos portadores de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* no PSF; avaliar os efeitos/controlados produzidos pela atenção aos portadores de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* no PSF, considerando os elementos reconhecidos como fatores de risco controláveis das complicações dessas doenças; relacionar o grau de implantação com o controle (efeito) da hipertensão arterial e *diabetes mellitus* na população estudada; analisar as condições de oferta, acesso e referência e contra-referência dos portadores de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* a partir da atenção básica para a média e alta complexidade assistencial.

A escolha de análise do PSF é justificada pelo fato de o Programa ter sido considerado a estratégia prioritária para a mudança do modelo assistencial, assumindo a reorganização da Atenção Básica e tornando-se responsável pela prevenção, controle e eliminação de alguns agravos. Será considerada uma amostra das Equipes de Saúde da Família e uma amostra de hipertensos e diabéticos cadastrados nessas equipes com idade igual ou superior a 20 anos. As equipes de saúde da família devem estar prestando atividades assistenciais desde dezembro de 2006.

Este estudo foi delineado em três etapas complementares que apresentam desenhos metodológicos direcionados para atender aos objetivos específicos propostos:

Etapas 1: Avaliação de condições de risco à saúde dos indivíduos.

Etapas 2: Análise de implantação.

Etapas 3: Avaliação do acesso.

Ces

...nt. Párcer CONEP N° 889/08.

Pretende-se incluir 134 indivíduos na amostra por município. Considerando as possíveis perdas, propõe-se alcançar um quantitativo de 150 indivíduos por município ou 450, considerando o total dos municípios a serem investigados (3 municípios). Dentre os 150 indivíduos de cada município serão considerados 60 diabéticos e 90 hipertensos.

Cada equipe de Saúde da Família possui obrigatoriamente um médico, um enfermeiro e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Participarão da entrevista três profissionais: um médico, um enfermeiro e um agente comunitário de saúde. Desta forma, considerando a amostra de 18 equipes, serão incluídos na pesquisa 54 profissionais das equipes de Saúde da Família.

Conforme o cálculo do tamanho da amostra, para chegar ao número desejado de diabéticos, será sorteada uma em cada dez pessoas de mais de 20 anos, cadastrada como portadora de diabetes tipo 2 pela equipe investigada. Para os hipertensos, dada a estimativa de prevalência de 30%, ou seja, 450 hipertensos por equipe do PSF, para chegar ao número desejado de 90 pacientes investigados por município (15 por equipe de Saúde da Família, sendo 6 equipes investigadas por município), será sorteada uma pessoa cadastrada como hipertensa entre 30. Como constarão nesse estudo 3 municípios a serem estudados, ter-se-á o total de 270 hipertensos investigados.

Portanto, o total de sujeitos a serem incluídos nessa pesquisa será de 54 profissionais de saúde, 270 hipertensos e 180 diabéticos contabilizando 504 sujeitos.

A avaliação de condições de risco à saúde dos indivíduos permitirá medir condições de risco à saúde. As variáveis utilizadas para tanto são: pressão arterial, tabagismo, obesidade, sedentarismo, e, apenas para os diabéticos: o nível médio de glicemia, aferido através da dosagem da hemoglobina glicada (HbA1c).

O delineamento do estudo e da coleta dos dados será realizado por meio de entrevistas domiciliares com os indivíduos sorteados dentro do cadastro de diabéticos e hipertensos de cada equipe do PSF.

Será utilizado um questionário padronizado, ainda a ser elaborado. Realizar-se-á também, nos domicílios dos entrevistados, um exame clínico com aferição da pressão arterial sistólica e diastólica (duas medidas), do peso, da altura e das circunferências da cintura e dos quadris; e, se o entrevistado for diabético, uma dosagem da hemoglobina glicada com o auxílio do aparelho portátil.

Para a análise dos dados, a primeira parte será a descrição do estado de saúde dos diabéticos e hipertensos, com base nos indicadores prognósticos medidos no domicílio. Posteriormente relacionaremos com: o porte do município investigado, o escore de qualidade de atenção primária, calculado na base do PCATool e com o grau de implantação.

Análise de implantação - será realizada em duas fases: a primeira corresponde à determinação do grau de implantação e a segunda à verificação da influência do grau de implantação nos resultados encontrados no pacote de trabalho 1.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com os profissionais envolvidos na atenção ao hipertenso e ao diabético (médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde) de uma amostra de conveniência que corresponderá a 6 equipes de Saúde da Família (ESF) em cada município selecionado, totalizando 18 ESF.

Serão utilizados dois instrumentos de pesquisa, um direcionado aos médicos e enfermeiros das ESF e outro aos agentes comunitários de saúde (ACS), considerando as diferenças nas atribuições desses profissionais.

Esses instrumentos foram construídos a partir de outros utilizados em estudos de avaliação da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes no município do Recife. A base para sua construção foram documentos oficiais que trataram da atenção básica à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus*.

O instrumento construído para os médicos e enfermeiros está dividido em oito blocos. Cada bloco corresponde a um componente da atenção à hipertensão e ao diabetes na atenção básica no qual foram selecionados os critérios/ indicadores para avaliação. Os três primeiros tratam da avaliação da dimensão da estrutura (estrutura física, recursos humanos e recursos materiais) e os demais da dimensão do processo de trabalho (ações de prevenção, ações de controle, sistema de referência, uso da informação e articulação/ intersetorialidade).

O instrumento construído para os ACS possui questões relacionadas a todos os componentes, considerando a atribuição destes na atenção à população alvo.

134

ont. Parecer CONEP Nº 889/08.

Apresentação do Protocolo

A Folha de Rosto encontra-se devidamente preenchida e assinada pelo pesquisador principal e pelo responsável institucional representado pelo vice-diretor, tendo em vista que o diretor da instituição é o próprio pesquisador.

O *curriculum vitae* do pesquisador responsável o qualifica para a realização do estudo. Os demais pesquisadores participantes apresentam termo de compromisso na realização do estudo. Encontram-se discriminadas as instituições envolvidas na pesquisa, CPqAM/Fiocruz, IMIP e IRD, com os respectivos responsáveis.

O orçamento financeiro encontra-se detalhado quanto aos valores e destinação dos recursos. Prevê o custo total de R\$ 65.888,20. Haverá financiamento pelo PAPES V-Fiocruz/CNPq.

O cronograma de execução descreve as atividades e os respectivos meses de realização, terá a duração de 3 anos e a coleta de dados está prevista para junho/2009.

Os instrumentos que serão utilizados no decorrer do estudo estão devidamente apresentados e são descritos por: questionário para ACS; questionário para médicos enfermeiros e roteiro para entrevista com os coordenadores do programa de hipertensão e *diabetes mellitus*.

Apresenta o termo de compromisso emitido pelo *Institut de Recherche pour Le Developpement* – IRD/França – no qual apresenta a Dra. Annick Fontbonne Brayner como pesquisadora participante do estudo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apresenta-se em duas versões, uma destinada aos usuários e outra aos profissionais do PSF. Embora sucintas, ambas as versões estão elaboradas em forma de convite, com linguagem clara e acessível, contêm o objetivo e procedimentos, riscos e desconfortos e benefícios, estes assegurados por meio dos resultados dos exames e encaminhamento se necessário, ao posto de saúde. Por fim, está garantida a retirada do consentimento no momento que o sujeito desejar, sem prejuízos de seus cuidados.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **Protocolo aprovado**

Brasília, 24 de novembro de 2008


Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS