

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

LAUDINEI DE CARVALHO GOMES

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DOS
USUÁRIOS DIABÉTICOS**

VITÓRIA
2019

LAUDINEI DE CARVALHO GOMES

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DOS
USUÁRIOS DIABÉTICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Janine Pereira da Silva

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA

2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

G633a Gomes, Laudinei de Carvalho
Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários diabéticos / Laudinei de Carvalho Gomes. - 2019. 86 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Janine Pereira da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Diabetes Mellitus. 2. Avaliação em saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Política Pública de Saúde. I. Silva, Janine Pereira da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 616.462

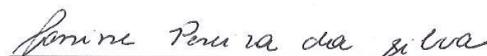
LAUDINEI DE CARVALHO GOMES

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DIABÉTICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 16 de dezembro de 2019

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Janine Pereira da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCM
Orientadora


Profª Drª Maria Carlota de Bezende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCM


Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima
Universidade Federal do Espírito Santo

Dedico este trabalho aos meus pais, Pedro e Lourdes, que tanto amo e admiro, às minhas irmãs Leidiane e Larissa, que me estimularam a continuar e nunca desistir. Gratidão a toda minha família, pelo apoio incondicional e por me inspirarem e me incentivarem durante essa trajetória. Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a Deus e à Nossa Senhora Aparecida, por todo apoio espiritual e por guiarem meus passos nessa caminhada, renovando minha fé e forças.

Aos meus sobrinhos e afilhada, pelos deliciosos sorrisos e abraços apertados. Pedro e Ivyni, minhas fontes de motivação e humor, o tio ama muito vocês!

Aos meus queridos avós, Sebastião e Maria, pelo incentivo, encorajamento, motivação e pelo amor declarado.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Janine Pereira da Silva, sem a qual está dissertação e a experiência na pesquisa não seriam possíveis, os meus sinceros agradecimentos. Obrigado por me aceitar como seu orientando e compartilhar comigo seu conhecimento, por toda dedicação, comprometimento e por me proporcionar o desenvolvimento profissional e pessoal. Eternamente grato.

Às minhas coordenadoras de curso, Prof.^a Ana Lúgia Pereira de Souza, Bruna Chaves Amorim e Roberta Mendes Von Rondon, por toda ajuda e liberação durante as necessidades em decorrência das atividades do Programa.

Aos queridos amigos, por toda força e escuta em momentos angustiantes, em especial, Amanda Oliveira Coura e aos professores Renata Pieroti Machado Pessoa, Pollyana da Silva Brandão, Marcell Schwenck Alves Silva, Cristiane Guimarães Sathler e Kelly Aparecida do Nascimento.

À querida amiga, Prof.^a Dr.^a Deyliane Pereira, por todo ensinamento e valiosa contribuição com as análises estatísticas, primordiais para construção da dissertação e para meu crescimento profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde de Matipó, pela autorização e colaboração para realização do estudo e aos funcionários das Unidades de Saúde do município.

Aos usuários diabéticos que, de maneira acolhedora, disponibilizaram-se a responder as questões deste estudo. Que este trabalho possa render bons frutos para vocês.

Aos alunos de iniciação científica da Faculdade UniVértix, pela contribuição na coleta de dados. Obrigado pela dedicação e compromisso ético na pesquisa de campo!

Agradeço, de modo especial, às Prof.^a Dr.^a Maria Carlota de Rezende Coelho e Eliane de Fátima Almeida Lima, por todas as contribuições no exame de qualificação.

Por último e de maneira especial, gratidão aos professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM.

“O tempo muito me ensinou: ensinou a amar a vida, não desistir de lutar, renascer na derrota, renunciar às palavras e pensamentos negativos, acreditar nos valores humanos, e a ser otimista. Aprendi que mais vale tentar do que recuar... Antes acreditar do que duvidar, que o que vale na vida, não é o ponto de partida e sim a nossa caminhada.”

(Cora Coralina)

“Estamos na situação de uma criancinha que entra em uma imensa biblioteca, repleta de livros em muitas línguas. A criança sabe que alguém deve ter escrito aqueles livros, mas não sabe como. Não compreende as línguas em que foram escritos. Tem uma pálida suspeita de que a disposição dos livros obedece a uma ordem misteriosa, mas não sabe qual ela é.”

(Albert Einstein)

RESUMO

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem alcançado destaque nas discussões no contexto da saúde, amplamente difundida, engloba em seu conceito valores e princípios para orientação na promoção dos sistemas de saúde. Assim, avaliar serviços de saúde é vital, pois possibilita dados essenciais para auxiliar o planejamento das ações, proporcionando aumento considerável na resolutividade dos serviços. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da ESF na perspectiva dos usuários diabéticos. **Metodologia:** Trata-se de estudo observacional, do tipo descritivo, em amostra probabilística de diabéticos cadastrados nas Unidades Básicas da ESF do município de Matipó, MG, Brasil, com dados coletados entre maio a junho de 2018. Utilizou-se roteiro semiestruturado para obtenção das características socioeconômicas e de saúde. Para avaliar a qualidade da ESF, aplicou-se o *PCA-Tool* versão adulta, considerando os atributos da APS: grau de afiliação; acesso de primeiro contato – utilização; acesso de primeiro contato – acessibilidade; longitudinalidade; integralidade – serviços disponíveis; e integralidade – serviços prestados. O escore de qualidade da ESF foi calculado a partir da média de cada valor dos descritores que compõem as dimensões e subdimensões, seguidos os critérios do *PCA-Tool*. Valores de escore $\geq 6,6$ foram definidos como elevados, enquanto os valores $< 6,6$ foram considerados baixos. As análises descritivas foram realizadas no *software* SPSS, versão 23. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, parecer N° 2.917.131. **Resultados:** Avaliados 226 pacientes, 100,0% diagnosticados com diabetes tipo 2, com predomínio do sexo feminino (65,5%), idade maior que 60 anos (63,0%), cor/raça preta/parda (69,9%), com ensino fundamental completo (68,1%), classe econômica D-E (59,3%) e 81,9% deles estão fora do mercado de trabalho. Ainda, 54,0% dos diabéticos nunca fumaram, 80,5% usam medicamento oral para controle da doença, e 83,2% são sedentários. Os atributos da APS: grau de afiliação (3,17); acesso de primeiro contato – acessibilidade (4,07); longitudinalidade (5,63); integralidade – serviços disponíveis (3,93); e integralidade – serviços prestados (4,37) ficaram abaixo do escore de referência neste estudo ($< 6,6$), ou seja, apresentaram resultados insatisfatórios. Já o atributo acesso de primeiro contato – utilização (7,33) foi positivamente avaliado pelos usuários diabéticos. **Conclusão:** Apenas o atributo acesso de primeiro contato – utilização foi avaliado como satisfatório pelos usuários diabéticos, sinalizando, desta forma, a necessidade de adequação dos serviços às expectativas da população quanto à demanda saúde.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Política de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Strategy (FHS) has been strongly disseminated and discussed in health sciences. Its values and principles comprise the orientation in promoting health systems. Thus, to evaluate the health services is a vital process, because it raises valuable data to help accessing the planning of actions in health, thus proportioning better effectiveness rates in the services. **Objective:** To evaluate the quality of the FHS with respect to the perspective of the users with *diabetes mellitus*. **Methods:** Observational and descriptive study with probabilistic sampling composed of diabetic patients registered in health centers of the FHS in the city of Matipó, MG, Brazil. The data were collected from May to June 2018. One used a semi structured guide to obtain socioeconomic and health characteristics. To evaluate the quality of the FHS, one applied the adult version of the PCA-Tool, considering the following attributes of Primary Health Attention (PHA): degree of affiliation; primary contact access – utilization; primary contact access – accessibility; longitudinality; integrality – available services; and integrality – services provided. The score of quality of the FHS was calculated using the average value of each descriptor composing dimensions and subdimensions, followed by the criteria of the PCA-Tool. Scores equal or higher than 6.6 being considered elevated and scored lower than 6.6 as low. The descriptive analysis was done in SPSS *software*, version 23. This study was approved by the Ethics committee of the Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, under the approval 2.917.131. **Results:** All of the 226 analyzed patient had type 2 diabetes, with a higher prevalence of women (65,5%), the prevalent age was higher than 60 years (63,0%), ethnicity was black/brown (69,9%), with complete elementary school (68,1%), D-E economic classes (59,3%) and 81,9% of them are out of the labor market. Still, 54,0% of the diabetic have never smoked, 80,5% of them take oral medication to control their condition and 83,2% are sedentary. Attributes of PHA: degree of affiliation (3,17); primary contact access – accessibility (4,07); longitudinality (5,63); integrality – available services (3,93); and integrality – services provided (4,37) were below the study's reference score (<6,6), that is, they presented unsatisfactory results. Already the attribute of primary contact access – utilization (7,33) was positively evaluated by diabetic users. **Conclusion:** Only the attribute of primary contact access – utilization was evaluated as satisfactory by diabetic users, thus signaling need to adapt services to the population's expectations regarding health demand.

Keywords: Diabetes Mellitus. Evaluation in Health. Primary Health Attention. Family Health Strategy. Health Policy.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
AE	Atenção Especializada
AMA	Assistências Médicas Ambulatoriais
ANTI-GAD65	Glutamic Acid Descarboxilase
ANTI-ZNT8	Antitransportador de Zinco 8
APS	Atenção Primária de Saúde
DALY	Disability Adjusted Life Years
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DMG	Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional
ESF	Estratégia Saúde de Família
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
IAA	Insulin Autoantibody
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICA	Islet Cell Antibody
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDF	International Diabetes Federation
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MODY	Maturity-Onset Diabetes of the Young
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCA-Tool	Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool)
PCPC	Primary Care Policy Center
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde

SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SADT	Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SG	Sistema de Governança
SL	Sistema Logístico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra por ESF, Matipó, MG, Brasil	22
Tabela 2 - Características socioeconômicas e de saúde dos usuários diabéticos da ESF, Matipó, MG, 2019.....	51
Tabela 3 - Características de saúde dos usuários diabéticos da ESF, Matipó, MG, 2019.....	52
Tabela 4 - Escore atribuído às dimensões da APS pelos usuários diabéticos da ESF, Matipó, MG, 2019	53

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.2 JUSTIFICATIVA.....	19
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 TIPO DE ESTUDO E CASUÍSTICA.....	22
3.1.1 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	23
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	23
3.3 INSTRUMENTO.....	25
3.4 COLETA DOS DADOS.....	27
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
3.7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	29
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	30
4.1 DIABETES MELLITUS: CONCEITO, MECANISMOS PATOFISIOLÓGICOS, FORMAS CLÍNICAS.....	30
4.2 EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA O DIABETES MELLITUS.....	34
4.3 CUSTOS COM DIABETES MELLITUS.....	37
4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COM DIABETES MELLITUS.....	38
4.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO.....	41
4.6 MANEJO DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	44
4.7 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E O PACIENTE COM DIABETES MELLITUS.....	46
4.8 O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E AO PACIENTE DIABÉTICO..	49
5 RESULTADOS.....	51
6 DISCUSSÃO.....	54
7 CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICES.....	72

APÊNDICE A - Instrumento Para Coleta de Dados.....	72
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	80
ANEXOS.....	81
ANEXO A - Carta de Anuência da Secretaria de Saúde de Matipó, MG, Brasil..	81
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP da EMESCAM.....	82

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público; e pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

As ações e serviços de saúde que integram o SUS são desenvolvidos em consonância com princípios e diretrizes descritos na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (e suas atualizações, 13.097/15 e 13.427/17), que dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; em observância aos princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde) e organizacionais (descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social), ainda em consolidação pelo SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017a).

Na perspectiva de reorganizar o modelo de atenção à saúde no Brasil, o Ministério da Saúde implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que passou a ser designado como estratégia para consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS). Considerada porta de entrada preferencial do SUS, a APS orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social; considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 1997; BRASIL, 2011a).

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como reorientação do modelo assistencial, resgatando conceitos mais amplos de saúde e formas diferenciadas de intervenção junto ao usuário, à sua família e à comunidade, por meio de trabalho em equipe multiprofissional. Essas ações são dirigidas a populações de territórios definidos com foco principal na população alvo e território delimitado, além

de assumir a responsabilidade sanitária, considerando todo o contexto social, demográfico e cultural da população (BRASIL, 2011a).

Segundo Souza, Franco e Mendonça (2014) a ESF apresenta uma proposta consecutiva de transformação da realidade, com base no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, na gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, na inclusão e na integração das populações vulneráveis, em especial, àquelas em situação de injustiças sociais.

Cabe salientar que a atenção centrada na família, compreendida em seu contexto físico e social, possibilita às Equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que possibilitem a melhoria da atenção. Assim, resultando em impactos positivos na prevenção de doenças, a exemplo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como o diabetes mellitus (DM) e na promoção da saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em relação às DCNT, o Brasil concretizou um compromisso macro acerca das estratégias de prevenção e controle direcionadas a este grupo de doenças de maior magnitude no país, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade, denominado Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT. Este Plano visa preparar o país para enfrentar e deter as DCNT até 2022, além de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. Além dessas ações, discorre sobre outras de grande relevância, definindo três diretrizes estratégicas ou eixos de atuação: I. Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; II. Promoção da Saúde; e III. Cuidado Integral de DCNT (BRASIL, 2011b; MALTA; SILVA., 2013).

Dados do Atlas da Federação Internacional do Diabetes (2015) descrevem, atualmente, que meio milhão de crianças menores de 14 anos de idade tem DM I e 1 em cada 11 adultos são diabéticos, o que representa 415 milhões de adultos entre 20-79 anos de idade com DM em todo o mundo. Em 2015, o DM teria causado mais de 5 milhões de mortes e custos financeiros entre 673.000 e 1.197.000 milhões de

dólares em gastos de saúde. Entre os indivíduos na faixa etária de 20-79 anos, foi responsável, ainda, por 14,5% de todas as causas de morte. Por fim, se esse aumento não for enfrentado e detido, em 2040, haverá 642 milhões de pessoas com a doença (RIBEIRO, 2018).

O Brasil, seguindo tendência mundial, apresenta elevada prevalência da doença, inclusive em sua população jovem. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que 16 milhões de brasileiros são diabéticos e a taxa de incidência da doença cresceu 61,8% nos últimos dez anos, fazendo com que o país ocupe o 4º lugar no *ranking* dos países com o maior número de casos, atrás de China, Índia e Estados Unidos da América (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

Dessa forma, a preocupação no estudo proposto está no fato de o DM configurar-se como desafio para o desenvolvimento global, sendo considerado uma das DCNT de maior impacto na saúde pública devido, especialmente, à sua associação com doenças cardiovasculares, aumentando, por consequência, as internações hospitalares e recidivas, a morbimortalidade, além dos custos sociais e financeiros (ALMEIDA et al., 2013; RIBEIRO et al., 2017; SANTOS; SOUZA; BARROS, 2018).

O tratamento do DM inclui o uso regular de medicação oral/insulina, monitoramento da glicemia, além da contagem de carboidratos inserida no contexto de uma alimentação saudável e da prática regular de exercícios físicos, de acordo com a capacidade/necessidade do paciente. O processo terapêutico deve ser estabelecido por equipe multidisciplinar, com a participação do paciente (e seus familiares) em todas as decisões, atuando de maneira ativa no tratamento, com ênfase especial no processo de educação em diabetes, cujos principais objetivos são: a) reduzir as barreiras entre indivíduos com diabetes, seus familiares, comunidades e profissionais de saúde; b) capacitar o indivíduo com diabetes para o autocuidado; c) melhorar os resultados clínicos; d) prevenir ou retardar o diabetes e as suas complicações agudas e crônicas; e) proporcionar qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2017).

Para o alcance desses objetivos, profissionais e equipes qualificadas de educação em diabetes devem capacitar e motivar o indivíduo a fazer escolhas adequadas diante de

diversas situações, a fim de que ele desenvolva comportamentos de autocuidado e solucione problemas mais comuns do dia a dia. Dessa forma, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) para a educação em diabetes têm como objetivo orientar os profissionais de saúde a incorporar e a utilizar essa ferramenta em todas as práticas que envolvam indivíduos com diabetes, considerando as especificidades de cada grupo de pacientes (OLIVEIRA et al., 2017).

Portanto, a educação permanente configura-se como condição *sine qua non* para a promoção da saúde, sendo utilizada como meio de transformação de práticas e comportamentos individuais e, também, no desenvolvimento da responsabilidade da autonomia e da qualidade de vida do usuário, além de ser considerada um dos principais dispositivos para a viabilização da promoção da saúde (LOPES et al., 2010; SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2018).

É entendida, ainda, como prática social permeada por expectativas, desejos e frustrações, e dar-se-á mediante utilização de processos e técnicas voltadas para a aprendizagem, de forma diretiva, em decorrência da ideologia política, sendo indispensável, no âmbito do SUS, para formação contínua da equipe de saúde e transformação do cuidado pelos usuários (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014); destacando-se a ESF como importante estratégia de atenção à saúde.

Neste contexto, a avaliação dos programas e dos serviços de saúde torna-se imprescindível e tem sua essência na construção de uma sociedade mais saudável, otimizando recursos em prol das necessidades dos usuários com vistas à eficácia (VASCONCELOS et al., 2018). Em consonância, esse pilar social e de saúde é alcançado quando a população tem, em sua reprodução social, a acessibilidade de ações e serviços oferecidos pela APS (GOMIDE et al., 2018).

Para isso, Donabedian (1988) desenvolveu quadro conceitual para compreensão da avaliação da qualidade em saúde a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, denominados como a tríade de Donabedian (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). A estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para à assistência; o processo inclui as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, e o resultado é o produto final da assistência

prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas. Por conseguinte, a avaliação dos serviços de saúde é essencial, principalmente, em grupos populacionais vulneráveis como diabéticos, o que representa a complexidade impressa no processo saúde-doença (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2018).

1.2 JUSTIFICATIVA

Apresento essa dissertação ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM, com objetivo de avaliar a qualidade da ESF na perspectiva dos usuários diabéticos. O estudo está alinhado à Área de Concentração em Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local e fundamenta-se na concepção ampla de Política de Saúde. Além disso, insere-se na Linha de Pesquisa em Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais concentrando os estudos sobre Políticas de Saúde que direcionam o Sistema de Saúde vigente e a Atenção à Saúde Suplementar.

O estudo justifica-se pela magnitude do diabetes na população brasileira e por seu impacto humano, envolvendo alto custo social e econômico decorrente do uso de serviços de saúde, absenteísmo no trabalho, aposentadoria precoce e incapacidade para o trabalho. Diante disso, esta temática deve receber atenção especial no que diz respeito às iniciativas e discussões sobre prevenção e controle desta doença. Nesse contexto, avaliar a ESF transfigura-se em ação imprescindível para monitorar a realidade de saúde de um município, além de subsidiar intervenções que contribuam para a melhoria dos serviços disponibilizados para o asseguramento das necessidades sociais dos usuários, em especial, os pacientes diabéticos.

Enfatizo, ainda, que a aproximação com o tema decorre da minha atuação profissional como enfermeiro assistencial na ESF, em 2013, na cidade de Caputira, MG. Durante esse período, atendi vários pacientes com diabetes e percebia que o tratamento efetivo estava associado a vários fatores: farmacológico, adequação nutricional, monitoramento glicêmico e, principalmente, ações de educação em DM, na perspectiva de desenvolver a autonomia do paciente diante do seu tratamento.

Assumi, em 2013, a função de Subsecretário de Saúde do município. Naquele período, elaborei e solicitei, mediante Projeto, o Núcleo de Apoio à Saúde Família (NASF) para reestruturação da APS no município. Com o trabalho em equipe multiprofissional e intensificando as ações de educação em saúde na ESF, reduzimos as taxas de intercorrências dos pacientes com DCNT, em especial, os hipertensos e diabéticos. Essa abordagem assistencial trouxe ganhos para os pacientes, sem perder as dimensões acerca da articulação com suas famílias, coadjuvantes neste processo. Tal abordagem mais humanizada e reorganizada foi essencial, devido ao olhar voltado para a promoção, proteção e recuperação da saúde destes pacientes.

Trabalhei como enfermeiro assistencial e coordenador no Hospital César Leite em Manhuaçu, MG, entre 2015 e 2018, e durante os anos de atuação, acompanhei o perfil dos pacientes internados em decorrência das complicações do DM. Diante dessas observações, percebi que a redução dessas complicações tem por base a atuação dos profissionais de saúde na APS, em especial, do enfermeiro.

Por fim, a certeza em estudar o tema veio da vivência como preceptor de estágios, com questionamentos que demandam respostas, entre eles: Como está a qualidade da ESF no município de Matipó, MG, na perspectiva dos usuários diabéticos?

2 OBJETIVOS

Em razão do desenho e formulação do problema de pesquisa, apresentamos os objetivos divididos em geral e específico.

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários diabéticos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características socioeconômicas e de saúde de usuários diabéticos da Estratégia Saúde da Família.

Avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários diabéticos, segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde: grau de afiliação, acesso de primeiro contato, longitudinalidade e integralidade.

3 METODOLOGIA

Apresentamos a abordagem e distribuição dos aspectos metodológicos deste estudo, por subtítulos, pois, trata-se de uma seção que contempla a trajetória para contextualização do estudo e do método de coleta e análise dos dados.

3.1 TIPO DE ESTUDO E CASUÍSTICA

Estudo observacional, do tipo descritivo, em amostra probabilística de pacientes diabéticos, maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, cadastrados na ESF do município de Matipó, MG, Brasil, selecionados nas sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em área urbana e rural.

O cálculo amostral foi realizado para estimar o perfil socioeconômico, considerando amostragem aleatória simples, nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e proporção estimada de 0,5. O tamanho da amostra de 226 pacientes foi obtido a partir da equação: $n = z^2_{\alpha} Np(1 - p)/e^2 (N - 1) + z^2_{\alpha} p(1 - p)$, proposta por Triola (2005), na qual $z_{\alpha} = 1,96$, para nível de confiança de 95%; $p = 0,5$ e $(1 - p) = 0,5$; $e = 0,05$, define margem de erro de 5%; $N = 545$, número de pacientes diabéticos cadastrados na ESF do município, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por ESF, Matipó, MG, Brasil

Estratégia Saúde da Família (ESF)	Pacientes Diabéticos Cadastrados	Tamanho Amostral*	
		N	%
Kelé	88	36	16,1
Palhada Boa Esperança	73	30	13,4
Rural	58	24	10,6
Padre Fialho	55	23	10,1
Centro	93	39	17,1
Exposição	39	16	7,2
Boa Vista	139	58	25,5
Total	545	226	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

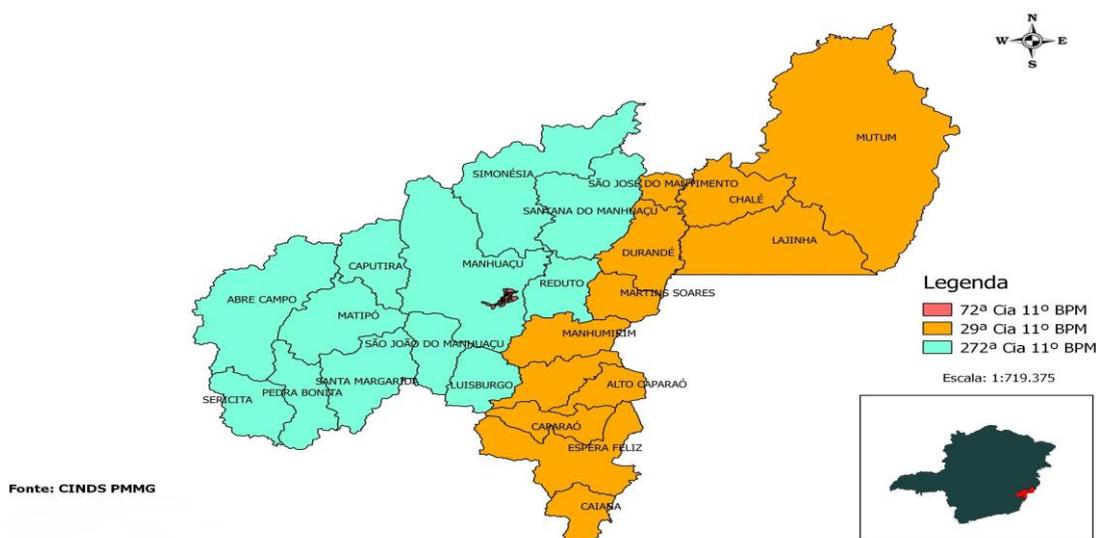
3.1.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos diabéticos tipo 1 ou 2, maiores de 18 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, residentes e domiciliados na área de adstrição e cadastrados na ESF do município Matipó, MG. Foram excluídos aqueles que não se encontraram em sua residência após três tentativas da equipe de pesquisa.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O município de Matipó, localizado na Mesorregião da Zona da Mata, possui uma área de 276,52 km², sendo limitado pelos municípios de Caputira (Norte), Pedra Bonita e Santa Margarida (Sul), Manhuaçu (Leste) e Abre Campo (Oeste); com população no último censo de 17.639 habitantes, densidade demográfica de 66,07 habitantes/km², taxa de urbanização de 78,4% (, 2011) e uma população estimada, em 2018, de 18.808 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Figura 1 - Microrregião de Manhumirim, MG, Brasil



O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano, a saber: longevidade (IDHM Longevidade), educação (IDHM Educação) e renda (IDHM Renda). Em 2010, o IDHM foi de 0,631, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,780, seguida de Renda, com índice de 0,630, e de Educação, com índice de 0,511 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2000).

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município¹ passou de 63,8% para 54,96% e a taxa de envelhecimento², de 5,76% para 7,18%. Em relação à escolaridade, em 2010, considerando-se a população de 25 anos ou mais de idade, 19,4% eram analfabetos. Já a renda *per capita* média de Matipó, MG, cresceu 101,68% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 200,06, em 1991, para R\$ 337,41, em 2000, e para R\$ 403,48, em 2010. Cabe salientar, ainda, que a proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 63,33%, em 1991, para 33,44%, em 2000, e para 19,71%, em 2010 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2000).

Matipó está alocado nos 34 municípios pertencentes à Gerência Regional de Saúde de Manhumirim, MG, e possui sete equipes da ESF formada por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com cobertura populacional estimada por ESF de 100,0%³ e, também, cobertura populacional estimada na Atenção Básica de 100,0%⁴ (BRASIL, 2017b). O município

¹ Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

² Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

³ Cobertura populacional estimada por equipes da Estratégia Saúde da Família, dada pelo percentual da população coberta por essas equipes em relação à estimativa populacional.

⁴ Cobertura populacional estimada na Atenção Básica, dada pelo percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicionais equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional.

apresenta, ainda, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família 1 (NASF 1)⁵, recredenciado pela Portaria Nº 3.875, de 27 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017c).

3.3 INSTRUMENTO

Os dados relativos às características socioeconômicas foram obtidos em formulário próprio (APÊNDICE A), considerando as seguintes variáveis, a saber: data de nascimento; idade (anos); sexo (masculino ou feminino); cor/raça referida (branca, preta, amarela, parda ou indígena); estado civil (solteiro, casado, união estável, divorciado, viúvo); nível de instrução (sem instrução e menos de 1 ano de estudo, fundamental – incompleto ou completo; médio - incompleto ou completo e, superior - incompleto ou completo), situação no mercado de trabalho (trabalho formal – carteira assinada e contribuição previdenciária; trabalho informal – sem carteira assinada e sem contribuição previdenciária; desempregado – não trabalha e procura por emprego e, fora do mercado de trabalho). Estas variáveis estão em consonância com o Modelo Operacional proposto pelo Censo Demográfico (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A variável classe econômica foi avaliada pelo instrumento de Classificação Econômica Brasil, estruturado a partir de um sistema de pontos que permite a identificação das classes econômicas em A (45-100 pontos), B1 (38 – 44 pontos), B2 (29 – 37 pontos), C1 (23 – 28 pontos), C2 (17 – 22 pontos), D – E (0 – 16 pontos) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2016).

Os fatores de risco associados ao DM avaliados estão de acordo com o Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), e incluem: sobrepeso; referência IMC (peso e estatura); perda de peso (últimos 12 meses); tabagismo (tempo

⁵ O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes, ou seja, aqueles já vinculados à ESF. Tendo como base o Código Brasileiro de Ocupações, deve incluir Médico Especialista, Assistente Social, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Educador Físico e Fisioterapeuta, dentre outros (BRASIL, 2017c).

de uso do fumo); e prática de exercícios físicos (frequência dias/semana). Foram obtidos o tempo de diagnóstico de DM (em anos), medicação em uso (oral ou insulina), valor de glicemia (mg/dl) e de hemoglobina glicada (%).

Para avaliação da qualidade da ESF, foi aplicado o *Primary Care Assessment Tool* (PCA-Tool) elaborado por Barbara Starfield (1991), validado e adequado para uso na modalidade de entrevista no Brasil por Harzheim et al. (2006) e Harzheim et al. (2007). O PCA-Tool foi desenvolvido a partir do modelo de avaliação de qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian (2005), o qual tem por base a mensuração dos aspectos de estrutura, processos e os resultados dos serviços. Este roteiro sistematizado é estruturado por questões específicas que permitem avaliar os atributos da APS, a partir das versões Adulto, Criança e Profissionais.

A versão PCA-Tool Adulto é estruturada por 87 itens, organizados e divididos em 10 componentes, relacionados aos atributos da APS, a saber: 1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A), composto por 3 itens (A1 a A3); 2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B), composto por 3 itens (B1 a B3); 3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C), composto por 12 itens (C1 a C12); 4. Longitudinalidade (D), composto por 14 itens (D1 a D14); 5. Coordenação – Integração de Cuidados (E), composto por 8 itens (E2 a E9); 6. Coordenação – Sistema de Informações (F), composto por 3 itens (F1 a F3); 7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G), composto por 22 itens (G1 a G22); 8. Integralidade – Serviços Prestados (H), composto por 13 itens para mulheres (H1 a H13) e 11 itens para homens (H1 a H11); 9. Orientação Familiar (I), composto por 3 itens (I1 a I3); 10. Orientação Comunitária (J), composto por 6 itens (J1 a J6). As respostas são baseadas na escala de Likert, com intervalo de 1 a 4 para cada atributo, incluindo as seguintes possibilidades: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9) (BRASIL, 2010c).

Neste estudo, utilizou-se a versão PCA-Tool Adulto levando em consideração os atributos da APS: Grau de Afiliação; Acesso de Primeiro Contato – Utilização; Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; Longitudinalidade; Integralidade – Serviços Disponíveis; Integralidade – Serviços Prestados (ANEXO C).

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os dias 02 de maio de 2019 e 14 de junho de 2019, por ocasião da visita domiciliar do ACS e na própria UBS, por ocasião do comparecimento do paciente para procedimento terapêutico e/ou participação nas reuniões mensais do Grupo de Diabetes. As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, por equipe de pesquisa treinada e capacitada e o tempo médio de duração foi de 30 minutos, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) pelo paciente.

Participaram da coleta de dados oito estudantes de iniciação científica dos cursos de Enfermagem e Farmácia da Faculdade Univértix, Matipó, MG. Após a seleção, os estudantes foram treinados, considerando as seguintes etapas: apresentação do projeto de pesquisa, detalhando do instrumento de coleta de dados socioeconômicos, de saúde e de PCA-Tool; orientações para realização das entrevistas e assinatura do TCLE; simulação entre os entrevistadores sobre o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e, por fim, discussão sobre ética em pesquisa com seres humanos.

Para a pesquisa de campo, os estudantes e o pesquisador principal fizeram visitas as UBS para apresentação do projeto aos enfermeiros coordenadores das ESF. À ocasião, foram verificados os horários das visitas domiciliares realizadas pelos ACS e a dinâmica/fluxo associado, para que a equipe de pesquisa pudesse realizar as entrevistas nos domicílios e, na impossibilidade, de realizá-las na própria UBS.

Vale referir que os alunos foram divididos em duplas, em acordo com a divisão da amostra apresentada da Tabela 1 e, ao final de cada dia, o pesquisador principal realizava a coleta dos instrumentos para checagem e verificação das informações.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados em formulário próprio, em papel, e duplamente digitados no *software* Microsoft® Office Excel 2010 e, posteriormente, foram qualificados por meio de checagem de dados inconsistentes e/ou ausentes. As análises descritivas foram realizadas no *software* SPSS for Windows (Chicago, EUA, versão 23).

As características socioeconômicas e de saúde foram expressas em frequência, média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo. Por critérios estatísticos e em análise as proporções discrepantes, as variáveis qualitativas foram agrupadas em: cor/raça (branca/amarela, preta/parda); estado civil: casado e outros (outros refere-se a solteiro, união estável, divorciado e viúvo); nível de instrução: sem instrução, Ensino Fundamental (Fundamental – incompleto ou completo) e Ensino Médio e outros (Médio – incompleto ou completo; Superior – incompleto ou completo); situação no mercado de trabalho: trabalha (trabalho formal – carteira assinada e contribuição previdenciária; trabalho informal – sem carteira assinada e sem contribuição previdenciária) e não trabalha (desempregado – não trabalha e procura por emprego e, fora do mercado de trabalho).

O escore da qualidade da ESF foi obtido a partir do cálculo da média de cada valor dos descritores que compõem as dimensões e subdimensões, seguidos os critérios instrutivos do manual do PCA-Tool, e considerando as seguintes dimensões: grau de afiliação, acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade e integralidade (serviços disponíveis e prestados). A transformação da escala tipo Likert de 1 a 4 para escores em escala de 0 a 10 foi realizada utilizando a seguinte equação:

$$\text{Escala} = [(\text{escore obtido} - 1) \times 10] / 3$$

Onde 4 é o escore máximo e 1 é o mínimo.

Neste estudo, os valores de escore $\geq 6,6$ foram definidos como elevados e equivalentes ao valor três ou mais na escala de Likert, em oposição, valores $<6,6$ foram considerados baixos (BRASIL, 2010a).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Estudo em consonância com a Resolução Nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e recebeu Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Matipó, MG, para sua realização (ANEXO A), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM sob Parecer Nº 2.917.131, datado em 25 de setembro de 2018 (ANEXO B).

3.7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão submetidos a revistas indexadas na área do Serviço Social e repassados para a Secretaria de Saúde de Matipó, MG, com a perspectiva de que possam impactar futuramente na melhoria da qualidade da APS no município, em especial, na assistência prestada aos usuários diabéticos.

4 REVISÃO DA LITERATURA

As bases de dados pesquisadas para revisão de literatura foram: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Health Information from the National Library of Medicine (Medline), nos idiomas português e espanhol, com publicações dos últimos dez anos. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *Diabetes Mellitus*, *Avaliação de Serviço de Saúde*, *Atenção Primária à Saúde*, *Estratégia Saúde da Família* e *Educação em Saúde*, considerando a temática central do estudo: avaliação da qualidade da APS na perspectiva do usuário diabético.

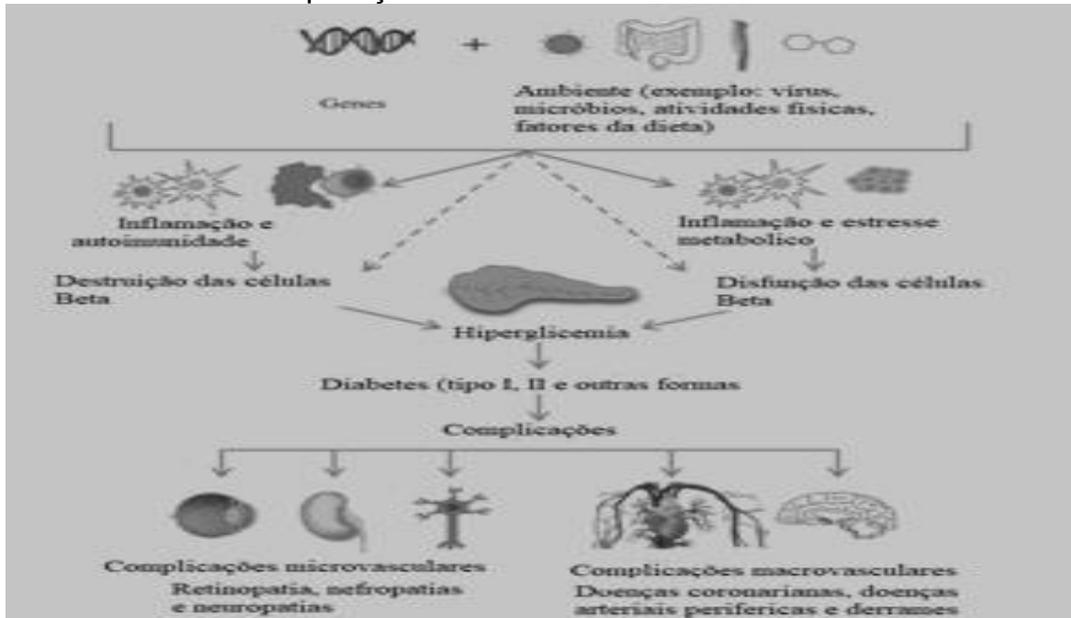
4.1 DIABETES MELLITUS: CONCEITO, MECANISMOS PATOFISIOLÓGICOS, FORMAS CLÍNICAS

A Associação Americana de Diabetes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018) define o DM como um conjunto de distúrbios metabólicos heterogêneos que provoca a hiperglicemia e que resulta da deficiência na ação e/ou na secreção de insulina. Para Whiting et al. (2011), o DM corresponde a um estado de hiperglicemia, seja no jejum ou pós-prandial, que se associa a lesões orgânicas e à disfunção de órgãos e tecidos como retina, rim, nervos, coração e vasos sanguíneos. Pode ser considerado, ainda, uma desordem metabólica que tem como principal característica clínica e de diagnóstico a hiperglicemia (INZUCCHI, 2013).

Segundo a *International Diabetes Federation* (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (OLIVEIRA et al., 2017), o DM é definido como distúrbio metabólico marcado por níveis elevados e persistentes da glicemia, ocasionado pela deficiência na ação e/ou na produção da insulina que acarreta complicações a longo prazo. E acredita-se que este distúrbio metabólico se estabeleça como doença poligênica e multifatorial, no qual fatores genéticos e ambientais atuam no sentido de promover a resposta inflamatória, ativação do sistema imunológico com a resposta autoimune e o estresse metabólico que se associam à

perda de função ou morte de células β nas ilhotas pancreáticas induzindo, finalmente, à hiperglicemia (SKYLER et al., 2017; SANTOS et al., 2018).

Figura 2 - Mecanismos envolvidos na promoção das diferentes formas de diabetes e suas complicações



Fonte: Adaptado de Skyler et al. (2017).

Quanto à classificação das formas clínicas do DM, a *American Diabetes Association* (2017) e Oliveira et al. (2017) baseiam-se em sua etiologia e não no tratamento com insulina. Dessa forma, consideram-se quatro formas da doença: DM tipo 1 que se divide em subtipos 1A e 1B, DM tipo 2, DM gestacional e as outras formas de diabetes (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação etiológica do diabetes mellitus

1	- Tipo 1A: deficiência de insulina por destruição autoimune das células β comprovada por exames laboratoriais; - Tipo 1B: deficiência de insulina de natureza idiopática.
2	DM tipo 2: perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina.
3	DM gestacional: hiperglicemia de graus variados diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévio
4	Outros tipos de DM: monogênicos (MODY); diabetes neonatal; secundário a endocrinopatias; secundário a doenças do pâncreas exócrino; secundário a infecções e secundário a medicamentos.

DM: diabetes *mellitus*. MODY: Maturity-Onset Diabetes of the Young.

Fonte: adaptado de Associação Americana de Diabetes (2017).

O DM tipo 1 caracteriza-se como doença autoimune, poligênica, na qual ocorre destruição das células β , com deficiência completa na produção de insulina. É frequentemente diagnosticado em crianças, adolescentes ou em adultos jovens, sem distinção por sexo. Sua divisão em subtipos 1A e 1B é determinada pela identificação ou não de autoanticorpos circulantes em exames laboratoriais, respectivamente (OLIVEIRA et al., 2017; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2017). Sabe-se, ainda, que a predisposição ao DM tipo 1A envolve fatores genéticos e ambientais que estimulam a resposta autoimune, a exemplo das infecções virais, dos componentes alimentares e de determinadas combinações da microbiota intestinal (TEDDY, 2008).

Em relação aos principais marcadores moleculares para o DM tipo 1^a, identificou-se o anticorpo anti-ilhota (islet cell antibody, ICA), autoanticorpo anti-insulina (insulin autoantibody, IAA), anticorpo antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD65), antitirosina-fosfatase IA-2 e IA-2B e o anticorpo antitransportador de zinco (Znt8) (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2017). Na fase pré-diabética, pode-se observar o aumento destes anticorpos por meses ou anos. Mas o aumento gradativo na quantidade de anticorpos e em seus títulos aumenta o risco de se apresentarem os sintomas da doença. A manifestação clínica do DM tipo 1A é insidiosa e, em um terço dos casos, manifesta-se como a cetoacidose (OLIVEIRA et al., 2017).

O DM tipo 1B é descrito como idiopático por não se observar a presença de anticorpos nos exames laboratoriais. Porém, junto a essa negatividade, tem-se a necessidade de tratamento com insulina de modo precoce. O tratamento e os riscos relacionados ao DM 1B são os mesmos verificados para o DM 1A (OLIVEIRA et al., 2017).

O DM tipo 2 corresponde à forma mais prevalente da doença — representando 90,0% dos casos — e se comporta como doença de herança multifatorial, em que fatores genéticos e ambientais interagem entre si. Entre os fatores ambientais, foram identificados os hábitos alimentares, o sedentarismo e a obesidade. Além da hiperglicemia persistente, ocorrem, ainda, hiper glucagonemia, resistência periférica à insulina, aumento da glicogenólise no fígado, disfunção incretínica, lipólise aumentada com elevação de ácidos graxos livres, reabsorção renal de glicose aumentada, deficiência na síntese e na secreção de insulina e sua relação com a obesidade e síndrome metabólica (LYRA et al., 2016; FREIRE; ANDRADE; VERAS, 2019).

Em relação aos sintomas, pode apresentar-se assintomática ou oligossintomática por longos períodos. Nem sempre se manifestam os sintomas de poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento que acompanham normalmente a hiperglicemia (LYRA et al., 2016). No entanto, podem se apresentar outras alterações como hipertensão arterial, altos níveis séricos de lipoproteína de baixa densidade (LDL) e baixos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL), aumentando, assim, os riscos para doenças cardiovasculares (GUERRERO-ROMERO; RODRÍGUEZ-MORÁN, 2006).

Esse conjunto de condições clínicas é referido como síndrome metabólica; e a hiperinsulinemia ocorre em resposta à resistência à insulina que é causa importante dessa alteração. Acredita-se que os altos níveis de ácidos graxos livres, citocinas inflamatórias liberadas pelo tecido adiposo e o estresse oxidativo determinam a síndrome metabólica, o DM2 e suas complicações cardiovasculares (GUERRERO-ROMERO; RODRÍGUEZ-MORÁN, 2006; TABÁK et al., 2009).

Já o DM gestacional, é diagnosticado normalmente no segundo ou terceiro trimestre da gestação, ocorre em consequência do próprio ambiente hiperglicemiante que se instala na gravidez, com a produção de fatores hiperglicemiantes e enzimas que degradam a insulina pela própria placenta. Nesse contexto, ocorre aumento compensatório na produção de insulina e resistência à insulina que podem levar, posteriormente, à diminuição na secreção de insulina pelas células β . Caracteriza-se como intolerância a carboidratos que se inicia na gestação atual e que pode regredir, ou não, após o parto, aumentando, também, o risco para o desenvolvimento de DM tipo 2 nessas mulheres (NEGRATO et al., 2016).

O DM gestacional associa-se a fatores como idade materna avançada, ganho de peso excessivo na gravidez atual, deposição de gordura visceral, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, crescimento fetal excessivo, polidrâmio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, abortamentos de repetição, história de malformações ou morte fetal ou neonatal, macrossomia, síndrome de ovários policísticos e baixa estatura. A doença determina riscos para a mãe, para o feto e o neonato. Entre esses problemas, identifica-se o risco de parto cesáreo, do recém-nascido ter peso acima do percentil 90 e de apresentar hipoglicemia neonatal (DOOLEY et al., 2008).

Outras formas de DM são menos comuns e apresentam clínica muito variada dependendo da alteração de base que a provocou e induziu o distúrbio no metabolismo de carboidratos. Nesse grupo de DM, estão incluídos os defeitos genéticos que se relacionam à disfunção das células β , ou as alterações gênicas que interferem na ação da insulina, as doenças que interferem no funcionamento do pâncreas, e outras (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017; LYRA et al., 2016).

4.2 EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA O DIABETES MELLITUS

Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes é de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035. Cerca de 80,0% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema das doenças infecciosas que ali ainda persistem (GUARIGUATA et al., 2014). Em adição, acredita-se que mais de 50,0% dos diabéticos desconhecem que têm a doença e que até 2030 esta será a sétima causa de morte em todo o mundo (BEAGLEY et al., 2014; ISER et al., 2015).

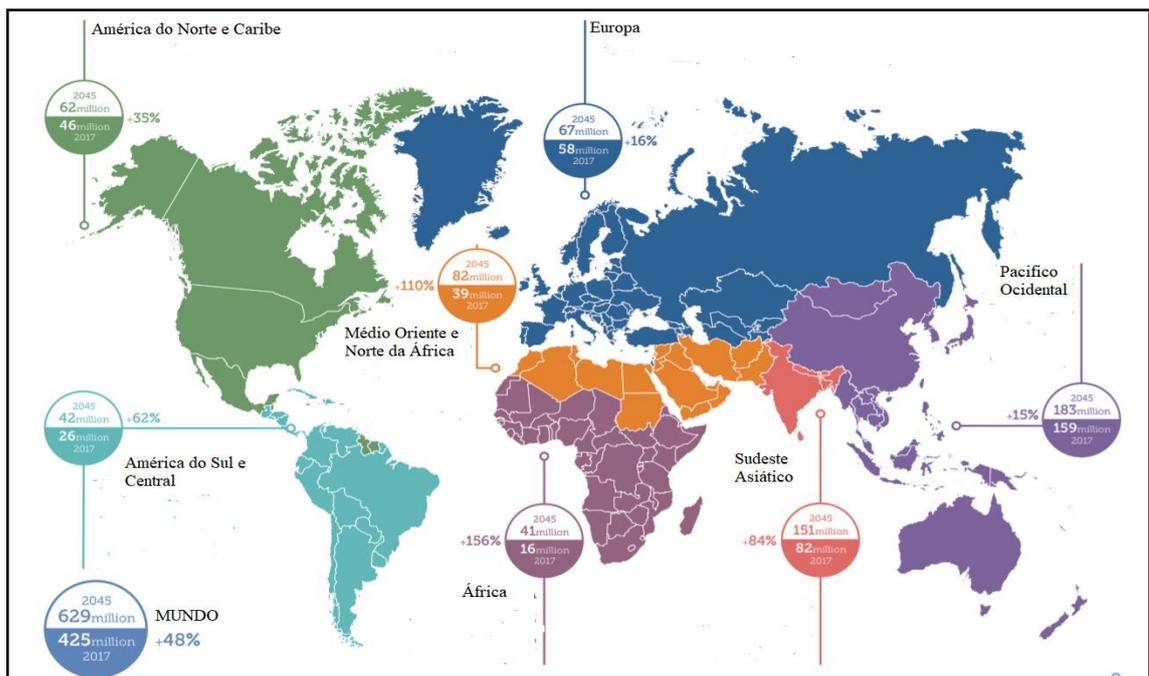
Nos Estados Unidos, a prevalência do DM passou de 2,5% para 6,9% entre os anos de 1980 e 2010; e se este aumento continuar, acredita-se que, em 2050, 1 em cada 3 americanos serão diabéticos (POLONSKY, 2012). Outro estudo americano que comparou a taxa de incidência e de complicações por DM, utilizando banco de dados de vários órgãos nacionais e de hospitais, demonstrou que entre 1990 e 2010 o número de adultos com DM mais que triplicou, passando de 6,5 milhões para 20,7 milhões, enquanto a população de adultos no país aumentou aproximadamente 27,0%, passando de 178 milhões para 226 milhões (GREGG et al., 2014).

Outro estudo realizado na China, envolvendo 46.239 adultos, identificou prevalência de DM de 9,7% (10,6% entre homens e 8,8% entre mulheres). Ao considerar o diagnóstico de pré-diabetes, a prevalência foi ainda maior, de 15,5% (16,1% entre homens e 14,9% entre mulheres). E o mesmo foi observado entre indivíduos mais velhos, com maior índice de massa corporal e em áreas urbanas (YANG et al., 2010).

O aumento nas últimas décadas da prevalência de DM tem sido registrado também no Japão. Em 2013, eram 7,2 milhões de diabéticos no país, expostos, assim, ao risco crescente de morte prematura, às morbidades e aos custos econômicos, os quais são largamente associados à sua complicação (HU et al., 2016).

Na Espanha, verificou-se que 13,8% da população com idade acima de 18 anos apresentam DM tipo 2 (SORIGUER et al., 2012). Em Portugal, esses números têm aumentado, com prevalência atual de 13,3%, sendo um dos países com maiores taxas da doença na Europa, com mais de 1 milhão de diabéticos (SÁ, 2016). A Figura 3 descreve a prevalência mundial de DM comparando os dados de 2017 a 2045, conforme descrito pela International Diabetes Federation (2017).

Figura 3 - Prevalência mundial de diabetes mellitus entre 2017 e 2045



FONTE: International Diabetes Federation (2017).

Verifica-se que, em 2017, havia 425 milhões de pessoas com DM no mundo e, em 2045, serão 629 milhões, representando, dessa forma, um aumento de 48,0% da doença. Observa-se, ainda, que a ocorrência de DM sofre mudanças regionais e que os países do Pacífico Ocidental apresentam o maior número de pessoas com DM em 2017 (159 milhões) e em 2040 (183 milhões), seguido dos países do Sudeste Asiático (82 para 151 milhões). Analisando a prevalência de DM entre 2017 a 2045, nota-se

que os países mais pobres e em desenvolvimento apresentarão as maiores taxas de crescimento, com aumento de 156,0% na África, 110,0% no Médio Oriente e Norte da África, 84,0% no Sudeste Asiático e 62,0% na América do Sul e Central (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

O Brasil, seguindo tendência mundial, apresenta elevada prevalência de DM, inclusive em sua população jovem. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que 16 milhões de brasileiros são diabéticos e a taxa de incidência da doença cresceu 61,8% nos últimos dez anos, fazendo com que o país ocupe o 4º lugar no *ranking* dos países com o maior número de casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

Segundo Rossaneis et al. (2016) ocorreram no Brasil 11,9 milhões de casos de DM no ano de 2013 e, em 2035, estima-se que serão 19,2 milhões. Outro estudo identificou prevalência de DM autorreferido em 6,2% da população brasileira, com prevalência bruta maior em mulheres (7,0 vs 5,4%) e entre adultos de maior idade, chegando a 19,8% naqueles com mais de 65 anos. A prevalência de DM foi maior em áreas urbanas e na população de baixa renda e escolaridade e na região Sudeste (7,1%) do país. Por estado, as maiores prevalências foram observadas no Rio Grande do Sul, São Paulo e Mato Grosso do Sul, variando de 7,0 a 7,8% (ISER et al., 2015).

Entre os fatores de risco para DCNT, a exemplo do DM, estão: ganho de peso, obesidade, sedentarismo, hábito alimentar, além da bagagem genética do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Dados confirmados na pesquisa envolvendo 12.423 brasileiros que evidenciou associação entre DM e idade (≥ 40 anos), escolaridade (< 8 anos de estudo), estado conjugal (não casados), obesidade, sedentarismo, hipertensão e hipercolesterolemia (FLOR; CAMPOS, 2017).

Para Jasmim e Queluci (2018), os brasileiros estão vivendo uma rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional. A transição nutricional, por exemplo, tem como predomínio dieta baixa em fibras com elevado níveis de consumo de açúcar e ácidos graxos saturados, além da alta prevalência de sedentarismo. Sobrepeso, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e tabaco também são enfatizados pelos autores como fatores de risco para elevação da incidência de DM2.

Portanto, o diabetes representa um desafio global devido ao seu impacto sobre o desenvolvimento social e econômico, impactando, dessa forma, no orçamento dos serviços de saúde. Na sequência, serão expostos os reflexos dessa condição no âmbito da saúde pública, enfatizando o cenário nacional.

4.3 CUSTOS COM DIABETES MELLITUS

A importância para os serviços de saúde das DCNTs comprova-se pelos dados apresentados pelo Estudo de Carga Global de Doenças que registra aumento dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years – DALY*) que era de 43,0% em 1990 e passou para 54,0% em 2010 (MURRAY et al., 2012). Entre as DCNTs, o DM tipo 2 corresponde a 90,0% de todos os casos de DM, em 2010, eram 285 milhões de indivíduos com mais de 20 anos com a doença e, em 2030, esse número poderá chegar a 439 milhões (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010).

Entre as DCNTs, o DM e a hipertensão constituem fatores de risco para outros agravos que geram altos custos sociais e econômicos. Entre esses agravos têm-se as doenças cardiovasculares, os distúrbios na microcirculação, as doenças infecciosas e o comprometimento renal que determina, muitas vezes, a necessidade de hospitalização. Salienta-se, ainda, que os riscos para hospitalização e readmissão hospitalar são maiores em pacientes diabéticos (MARINHO et al., 2011).

Nos Estados Unidos, verificou-se que o custo total estimado para pacientes diagnosticados com DM, em 2017, foi de \$ 327 bilhões, incluindo \$ 237 bilhões em custos médicos diretos e \$ 90 bilhões em produtividade reduzida. Observou-se, também, que pacientes com DM têm um custo médio com tratamentos de \$ 16.750/ano, e destes, \$ 9.600 são atribuídos ao DM. A despesa médica entre pacientes com DM é, em média, 2,3 vezes maior do que o observado na ausência da doença. Entre os custos indiretos, verificou-se impacto maior para os que se relacionaram com o aumento do absenteísmo (\$ 3,3 bilhões), com a redução da produtividade no trabalho (\$ 26,9 bilhões) e com a perda de produtividade devido a 277.000 mortes prematuras atribuídas ao DM (\$ 19,9 bilhões) (YANG et al., 2018).

No Brasil, as complicações crônicas, advindas do DM tipo 2, determinam custos indiretos, pois diminuem a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida dos pacientes. Há registros que até 15,3% dos custos com hospitalizações no SUS, entre os anos de 2008 a 2010, foram atribuídos ao DM (ROSA et al., 2014). Em relação aos custos com o tratamento ambulatorial no SUS, o estudo apontou para uma despesa anual de 2.108 dólares americanos/paciente, com gastos maiores para custos diretos (63,3%), além de 36,7% para gastos indiretos (BAHIA et al., 2011).

Segundo Freitas et al. (2018), os custos com despesas oriundas das complicações do DM para o ano de 2012 ultrapassaram 114 milhões de reais, sem considerar os custos com internações em hospitais privados e Unidade de Urgência e Emergência. Para os autores, a APS é a melhor estratégia para o enfretamento da doença, considerando os recursos humanos, tecnológicos e atributos disponíveis, pois — quando efetiva — é capaz de interferir além da cura e da reabilitação, agindo na individualidade e na coletividade, com vistas à integralidade do cuidado.

Portanto, a complexidade do processo saúde-doença do indivíduo com DM — circunscrita pela alta prevalência, morbimortalidade e custos sociais e econômicos para o paciente, família, sociedade e para o sistema de saúde — demanda que as pessoas busquem conhecimento que proporcionem a gestão apropriada da doença. Requer, ainda, que os gestores e profissionais de saúde analisem as melhores estratégias para administração dos recursos no cuidado desses pacientes (SALCI, MEIRELES, SILVA, 2018).

4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COM DIABETES MELLITUS

O DM é uma doença crônica que se associa a uma série de outras morbidades que determinam grande custo econômico e social. Demanda, ainda, que o paciente diagnosticado modifique seu estilo de vida em função do tratamento. Ações de políticas públicas foram propostas no contexto brasileiro para diminuir esses custos e melhorar o atendimento e acompanhamento do paciente (SANTOS et al., 2018).

No final do século XX e início do XXI, houve grande discussão internacional sobre possíveis modelos de atenção à saúde que se baseavam, sobretudo, nas necessidades do paciente com doença crônica. Assim, foi proposto o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), apresentado pelos EUA e utilizado em vários países, inclusive no Brasil (FREI et al., 2014; MENDES, 2018).

O MACC foi adaptado para a realidade e o contexto da saúde brasileira. Além de considerar vários aspectos das doenças crônicas — como as especificidades da cronicidade e as condições de vida que se apresentam em resposta ao adoecimento que se relacionam e inter-relacionam nesse processo — passam a considerar a pessoa, sua família, suas redes sociais, as redes de atenção à saúde, os serviços, os profissionais, a gestão e as políticas públicas (MENDES, 2011).

O MACC realiza intervenções em saúde em cinco níveis que envolvem a promoção da saúde, a saber: prevenção das condições de saúde; gestão da condição de saúde simples; gestão da condição de saúde complexa; gestão de caso para as condições de saúde muito complexas (BRASIL, 2014).

A partir desse Modelo, o Ministério da Saúde (MS) tem estabelecido as políticas de atenção às pessoas com doenças crônicas, a exemplo do desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O desenvolvimento destas Redes foi precedido, em 2010, por diretrizes que estabeleciam os fundamentos para a organização da RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010b) e, posteriormente, instituiu-se a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013b).

Em 2014, foram criadas as diretrizes para organização das linhas de cuidado da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014), que compreendem as recomendações desenvolvidas de forma sistemática, baseadas nas diretrizes clínicas, com objetivo de garantir a atenção à saúde. Definem as ações e os serviços que devem ser prestados em todos os níveis de atenção à saúde dentro da RAS e refletem os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário; e o DM representa uma dessas linhas de cuidado (BORGES; LACERDA, 2018).

As RAS têm como objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada, além de garantir o cuidado longitudinal por meio de medidas e ações integradas que promovam a prevenção, a promoção e o tratamento. Além disso, pretende promover, de forma integral, a oferta do cuidado a partir de um ciclo completo de atendimento na atenção primária, secundária e terciária à saúde (SANTOS et al., 2015).

Em relação à composição das RAS, estas são formadas por população específica, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. Nesse sentido, a população ocupa papel de destaque para a organização e operacionalização do atendimento, sendo fundamental que se conheça profundamente essa população usuária do sistema de saúde e, dessa forma, garantir uma gestão não fragmentada, mas baseada nas necessidades de saúde da população (SANTOS et al., 2015).

A estrutura operacional das RAS integra a APS, Atenção Especializada (AE), Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Sistemas Logísticos (SL) e o Sistema de Governança (SG). Evidencia, no entanto, que é a APS o centro de comunicação e interligação da Rede, desempenhando papel de ordenadora e coordenadora do cuidado. Vários pontos de atenção com diferentes tecnologias integram a AE envolvendo os ambulatórios, os serviços de emergências e os hospitais, que atuarão no sentido de apoiar e complementar os serviços prestados na atenção básica contribuindo para uma atenção em saúde resolutiva e em tempo oportuno (SANTOS et al., 2015).

Os SADT têm o papel de apoiar a diagnose e terapêutica por meio de exames, atividades corporais, práticas integrativas e de atividades a serem realizados pelo chamado Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), assim como pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Fica a cargo dos SL, promover as ligações entre os pontos da rede, por intermédio do controle racional de fluxos e contra fluxos de usuários, produtos e informações. Já o SG é quem faz o acompanhamento da implantação da Rede e articulação com os atores envolvidos (BRASIL, 2014).

Muitos autores chamam a atenção para a fragilidade da implantação e funcionamento do MACC e afirmam também existir poucos estudos no Brasil que tenham se dedicado a avaliar a temática da RAS no contexto do SUS. Entre as deficiências, apontam a

ineficiência da APS em ser resolutiva, ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado (ALMEIDA et al., 2010; AZEVEDO, COSTA, 2010).

Outros estudos afirmam que a AE não desenvolve de forma eficiente o apoio e as ações de complementação ao serviço prestado pela APS, sendo carente de resolutividade e de atendimento no tempo necessário (OLIVEIRA et al., 2010; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Para Gomide et al. (2018), as necessidades dos usuários não são plenamente atendidas na APS, contribuindo para aumentar a procura por serviços de pronto atendimento para demandas passíveis de resolução na UBS. Esse problema decorre, em especial, da demora no agendamento e atendimento de consultas na APS e da humanização do cuidado, caracterizada por ausência de acolhimento e escuta, entraves que repercutem na satisfação e nas condições de saúde dos usuários.

Por fim, a resolutividade da APS é um desafio constante, dependente de ações sistêmicas e de políticas voltadas para a construção, ampliação e reformas direcionadas à ampliação de serviços providos pela APS. Mas, na medida em que o fortalecimento da APS representa importante medida pró-coordenação, a diminuição de recursos públicos para a ESF representa o enfraquecimento da consolidação de arranjos capazes de assegurar a integralidade da atenção (ALMEIDA et al., 2018).

4.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

A APS passou por profundas transformações até o modelo atual. Transcorridos 29 anos desde a promulgação das Leis Nº 8.080 e Nº 8.142, de 1990, mesmo diante de lacunas e limitações, foram as políticas de saúde instituídas no Brasil para o fortalecimento e reorganização da APS, notoriamente, o marco favorável para a implantação dos princípios do SUS. Posteriormente, em 1994, a criação do PSF permitiu ampliar a cobertura em saúde. Hoje, a ESF busca consolidar e fortalecer as ações da APS, ampliando a cobertura, provendo cuidado integral e a promoção da saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Notoriamente, a APS tem ampliando a cobertura e o acesso da população aos serviços oferecidos pela equipe saúde da família, reflexo do investimento dos recursos, ampliação territorial, mediante porta de entrada e reorganização do SUS. No entanto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) após revisão em 2017, fundamentou determinantes que ameaçam a organização da APS, inclusiva e equânime, com destaque para autonomia dos gestores para escopo dos serviços; além disso, o contexto da crise política e econômica e os retrocessos na garantia dos direitos sociais são reflexos contemporâneos que estão colocando em risco os ganhos obtidos nas políticas públicas do nosso país (FAUSTO et al., 2018).

Para Giovanella (2018), é mensurável o avanço da APS, legitimando impactos positivos no acesso, redução da desigualdade e melhor qualidade da saúde da população brasileira. Entretanto, com a definição do teto para os gastos no setor da saúde e com o congelamento de despesas por 20 anos (deferindo somente reajustes pela inflação), o SUS encontra-se ameaçado: perdas de recursos para a APS são impulsionadas e há um agravamento no subfinanciamento em consequência a uma pressão crescente sobre os municípios.

Os benefícios e a qualidade dos serviços oferecidos pela APS são reconhecidos internacionalmente, em decorrência do protagonismo em reestruturação, fortalecimento e racionalização dos sistemas públicos de saúde. É um modelo de atenção em saúde direcionada para ações no âmbito individual e coletivo, com abrangência na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, minimização de danos e estratégias, cujo objetivo é a atenção integral, autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde. É desenvolvida com prática no cuidado e gestão, democrática e participativa (CECILIO; REIS, 2018; CARRAPATO; CASTANHEIRA; PLACIDELI, 2018. GIOVANELLA, 2018).

Estudos sobre a APS foram acompanhados por novas formulações conceituais para melhorar a caracterização da qualidade de serviços básicos em saúde. A partir de 1991, Starfield iniciou estudo clássico de desenvolvimento da formulação teórica e operacional dos atributos da APS com foco no sistema de saúde e modelo de atenção. Acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do

cuidado, em consonância com competência cultural, orientação familiar e comunitária são atributos definidos como parâmetros para qualidade do modelo de atenção. Além disso, evidenciou a associação da APS forte com maior satisfação dos usuários com o sistema e com melhores resultados em saúde (STARFIELD, 1991; DONABEDIAN, 1988; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A satisfação do usuário sobre um sistema de saúde apresenta-se como multiplicidade de conceitos e escassez de teorização, estudos apontam para diversidades teóricas e metodológicas na avaliação dos serviços por usuários em diferentes dimensões. Diante disso, pressupõem que essa avaliação possa ser mensurada por indicadores de saúde durante a passagem do usuário pelo serviço de saúde, culminando com uma assistência que satisfaça às necessidades dos usuários em sua singularidade, com relação às dimensões biológica, cultural e social (GOMIDE et al., 2018).

Conforme exposto por Starfield (2002), a compreensão das ações, os programas e as políticas de saúde e seus efeitos de intervenção — bem como o conhecimento dos atributos essenciais (primeiro contato, acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar e comunitária) — são necessários para avaliar os serviços de saúde. Nesse cenário, o PCA-Tool, desenvolvido por *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*, é um método capaz de medir a extensão e qualidade dos serviços de APS (LIMA et al., 2018).

O PCA-Tool apresenta simplicidade quanto ao uso, aplicação e cálculo do escore, tornando-o factível e adequado para gestão local dos serviços oferecidos pela APS. Pesquisadores e profissionais da saúde têm utilizado esse instrumento de avaliação, mesmo que adaptado, em acordo com a necessidade cultural e local, para estabelecer parâmetros e avaliação das condições socio sanitárias em que os usuários estão expostos. Mediante isso, é possível a reestruturação do serviço em acordo com as necessidades dos pacientes (D'AVILA et al., 2017).

Estudos realizados por Rolim et al. (2019) comprovam que o PCA-Tool tem relevância e aplicação comprovada, em decorrência da ausência de instrumento para avaliação do conjunto de interação entre os usuários, profissionais e serviços oferecidos pela APS. Os autores destacam que o PCA-Tool é capaz promover medida de base

individual sobre a estrutura, o processo de atenção da APS, sendo uma ferramenta fidedigna, com aplicabilidade em âmbito nacional e internacional.

A avaliação da APS requer o desenvolvimento e uso de diversidade de princípios, técnicas e instrumentos. Contudo, a avaliação da APS não se configura como uma tarefa fácil. Ela exige esforços e a participação de diversas instituições e profissionais, dada sua magnitude, complexidade e heterogeneidade. O sucesso da avaliação só é efetivo quando o alicerce está alinhado nas intervenções de interesse coletivo, no delineamento, agentes interessados, rigor metodológico e aparato teórico e prático (RIBEIRO; SCATENA, 2019).

4.6 MANEJO DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS E A ESTRATÈGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel fundamental e resolutivo no acompanhamento de pacientes que necessitam de cuidados continuados por toda a vida e que necessitam de ter garantido o acesso aos serviços de saúde. Para tanto, serão realizadas intervenções básicas que envolvem a medicação, educação em saúde, aconselhamento e acompanhamento longitudinal (MENDES, 2011).

O SUS optou pelo modelo da ESF que cuida da estruturação de ações da atenção primária envolvendo equipe multidisciplinar nas Unidades Básicas que acompanham um número determinado de famílias em área geográfica definida. Nesse espaço, são feitas intervenções coletivas e individuais, levando-se em consideração o contexto do usuário e a atenção integral à saúde (BRASIL, 2012).

A ESF favorece a aproximação entre equipe de saúde e comunidade e utiliza esse vínculo nas ações de saúde como forma de se combater o enfoque tradicional do modelo biomédico. As equipes que atendem na ESF devem realizar ações que promovam a saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais prevalentes, como é o caso do DM e outras DCNT (BRASIL, 2011c).

Esse modelo proposto para o SUS tem gerado grandes avanços nas últimas décadas, pois estimulou trabalho mais ativo das equipes de saúde, com ampliação do conhecimento da situação de saúde da população atendida, além de garantir o acompanhamento longitudinal das pessoas e o desenvolvimento de campanhas de educação em saúde. É necessário, no entanto, registrar que ainda existem equipes que trabalham de forma tradicional e que não se adequaram ao modelo de ESF proposto pelo SUS (CONILL, 2008; SOUSA; HAMANN, 2009; BRASIL, 2011c).

Nesse cenário, é fundamental apoiar o autocuidado dos pacientes e o sistema de informações clínicas, propor um novo modelo na oferta de consultas, além de utilizar diretrizes e ferramentas que possam ser úteis nas decisões, na organização dos cuidados e dos recursos alocados para os serviços de saúde (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002).

Em análise das produções científicas nacionais acerca da avaliação da APS na perspectiva de usuários e profissionais da saúde, Lima et al. (2014) concluíram que há lacunas quanto à produtividade científica sobre a temática. Portanto, há necessidade de ampliar estudos na área e de discutir sobre a importância da avaliação das ações ofertadas pela atenção primária na óptica dos usuários e profissionais, mensurando a qualidade dos serviços ofertados. Essa forma de avaliação, contribui para reorganização da assistência em acordo com as demandas dos usuários.

Trazendo para o tratamento do DM, a falta de integração do SUS, a falta de comunicação, a escassez de recursos humanos, a baixa cobertura da APS, o predomínio do modelo biomédico e a falta de adesão pelo paciente, foram os principais fatores relatados pelos profissionais da APS do município de Divinópolis, MG, que dificultam o tratamento do diabetes. Diante do exposto, os autores afirmam ser fundamental a transformação das práticas de saúde com a incorporação de elementos ligados à subjetividade e ao território, que promovam o aumento da responsabilização dos casos atendidos (GAMA; GUIMARÃES; ROCHA, 2017).

Segundo Borges e Lacerda (2018) o DM é um problema de saúde de condição sensível à atenção primária, em que o manejo adequado na APS contribui para evitar hospitalizações e morte por complicação cerebrovasculares e cardiovasculares.

Entretanto, as ações propostas para o cuidado e tratamento do diabético só podem ser vistas como efetivas e eficazes quando a APS é vista com porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora do cuidado. Contudo, este modelo ainda apresenta falhas no que se refere a essa modalidade de tratamento.

Para garantir a atenção ao paciente diabético, será necessário que o SUS adote novas metas e objetivos para o controle glicêmico e dos fatores de risco para cada paciente. Ou seja, com uma abordagem multifacetada na gestão da clínica que estimule mudanças na cultura das organizações e a promoção de envolvimento mais intenso dos profissionais de saúde com o cuidado dos pacientes (GONÇALVES et al., 2013).

Em análise situacional, Arruda, Schmidt e Marcon (2018) enfatizam que a estruturação do serviço, a composição das equipes de saúde, os elevados índices de internações, o conhecimento da territorialidade, a organização dos atendimentos ambulatoriais, a qualificação dos profissionais, os vínculos trabalhistas, dentre outros elementos ligados à estruturação dos serviços, diversificam a cobertura da APS no cuidado aos pacientes com DM. A análise a partir desses fatores deve ser realizada para que gestores e profissionais de saúde possam implementar suas ações.

Em conclusão, a APS apresenta avanços significativos, principalmente quanto às políticas e aos programas criados para garantir maior acesso e direito da população aos serviços de saúde oferecidos na ESF. Entretanto, é questionável se os projetos atingem os objetivos propostos, pois observa-se que esse nível de atenção tem apresentado problemas sobre a estrutura física, serviços, deficiência de recursos e a baixa cobertura profissional, o que fortalece as dúvidas quanto à efetividade da APS para atender à demanda dos usuários (VASCONCELOS et al., 2018).

4.7 EDUCAÇÃO PARA SAÚDE E O PACIENTE COM DIABETES MELLITUS

A educação é fenômeno social e universal, indispensável às organizações sociais como um todo. É um processo dinâmico e contínuo para construção do conhecimento e transformação das experiências vividas, mediante pensamento livre e da

consciência crítica e reflexiva. Em especificidade na saúde, é ação fundamental e consiste em processo de conhecimento contínuo, associando ensino, ações e serviços. Trata-se de ação permanente, de aperfeiçoamento e de transformação do cuidado (CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016).

No Brasil, a educação permanente em saúde é reconhecida com estratégia articulada ao SUS para desenvolvimento dos profissionais de saúde nos serviços, versando com a aprendizagem a partir da realidade e experiências vividas no ambiente de trabalho, potencializada para transformar as práticas de saúde. Em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída para ampliar as possibilidades e efetivação do cuidado qualificado, incorporando no dia a dia dos profissionais o aprender e ensinar (CAMPOS; MARQUES; SILVA, 2018).

Assim, a educação em saúde é importante ferramenta para o manejo do DM e permite ao paciente compreender melhor sua doença e encontrar motivação para se tornar corresponsável pelo controle diário de sua saúde (DAVIES et al., 2008; FUNNELL et al., 2008), incorporando o autogerenciamento e a autonomia para tomar decisões além do autocuidado. Nesse processo, o paciente assume posição ativa e colaborativa o que terá reflexos positivos em seus resultados clínicos, na sua condição de saúde e sobrevida (FUNNELL et al., 2008; CIRYNO et al., 2009).

Lima, Menezes e Peixoto (2018), em ensaio clínico randomizado envolvendo 83 pacientes diabéticos cadastrados em ESF de um município de Goiás, verificaram que pacientes submetidos à intervenção educativa baseada na Teoria Social Cognitiva apresentaram ganho de conhecimento, diminuição da hemoglobina glicada, glicemia capilar, índice de massa corporal e da circunferência da cintura, com significância estatística. Os autores concluíram que construto psicológico da autoeficácia foi fundamental para o empoderamento do conhecimento e controle do DM.

Outro estudo que envolveu 67 ESF do município de Montes Claros, MG, identificou, de modo geral, que os programas de educação são capazes de promover mudanças no estilo de vida, por meio das reflexões sobre a doença e o tratamento adequado ao cotidiano do usuário, promovendo, assim, maior autonomia e capacidade de cuidar de si próprio (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014). Assim, a prática educativa constitui

a melhor forma de se conscientizar o diabético sobre a importância da melhora dos hábitos alimentares e do seu próprio cuidado e representa um momento importante de interação entre o paciente e os profissionais de saúde que discutem todas as informações acerca da doença e do tratamento (FRIGO et al., 2012).

Contudo, há evidência do desafio de trabalhar com pacientes para o controle do DM1, pois estes pacientes são mais resistentes em aceitar o tratamento. Alertam, também, para a importância da comunicação entre esses pacientes e a equipe de saúde que deve buscar estratégias pedagógicas mais eficientes no desenvolvimento de ações educativas que promovam o autocuidado, a autonomia e a corresponsabilidade do paciente (TURNER, 2008; ROPER et al., 2009).

Campos, Marques e Silva (2018) identificaram vários desafios acerca da compreensão e ação da educação permanente, como processo restrito a momentos formais institucionais e padrões técnicos. Outros problemas estão relacionados com a implementação, métodos de ensino aprendizagem inadequado, vocabulário inapropriado, desvalorização da inserção no cotidiano, o que ocasiona um cenário deficiente das ações reflexivas e críticas dos participantes.

Em consonância, Borges e Lacerda (2018) descrevem que as limitações do cuidado prestado ao paciente com DM estão associadas não apenas às barreiras acerca da educação permanente. As limitações ainda se fazem presentes em decorrência do modelo biomédico, da precariedade sobre o sistema de referência e contrarreferência, dos *déficits* de formação da equipe, do descompromisso dos profissionais quanto ao cumprimento das normativas técnicas, das condições de trabalho precário — o que inclui instabilidade trabalhista, salários defasados — dos problemas na relação quantidade de equipe/população e da falta de equipamentos e insumos. Esses são alguns dos fatores impeditivos para atenção em saúde de qualidade.

Por fim, ratifica-se a importância da avaliação da prática educativa voltada para os pacientes diabéticos na percepção do profissional de saúde, da capacitação desses profissionais para elaboração e desenvolvimento de programas de educação mais efetivos, além da necessidade de aumentar o diálogo entre os elementos da equipe e a sensibilização para a maior responsabilidade com o paciente em tratamento

considerando os princípios e diretrizes do SUS (TORRES e MONTEIRO, 2006; PEDROSA et al., 2018; SALCI, MEIRELES, SILVA, 2018).

4.8 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E AO PACIENTE DIABÉTICO

Para melhorar a resolutividade e a qualidade dos serviços prestados na APS, o foi proposta em 2007 a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011c). O NASF é constituído por equipes multiprofissionais que devem apoiar os profissionais da ESF, da Equipe de Atenção Básica e da Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2015).

Apesar de fazer parte das APS, o NASF não se envolve com serviços com unidades físicas independentes ou especiais, não sendo de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Dessa forma, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as Equipes e/ou Academia da Saúde, o núcleo atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seus serviços. Os gestores municipais e a ESF, considerando as prioridades locais e a disponibilidade de especialistas de cada área, são responsáveis pela definição e composição de cada NASF (BRASIL, 2009).

Acredita-se que, a partir desta responsabilização compartilhada entre NASF e as Equipes no atendimento a populações específicas, será necessário rever a prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, o que resultará no fortalecimento do compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das Equipes de Atenção Básica, fortalecendo os princípios e o papel de coordenação do cuidado nas RAS (BRASIL, 2011c).

Desse modo, o NASF deve contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, contribuindo para o aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. Entre as ações de apoio promovidas pelo NASF estão: discussão de casos, atendimento

conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, projetos de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e outros (BRASIL, 2011c).

Assim, é possível compreender a importância do NASF na busca de soluções, de modo conjunto, integrado e compartilhado, para as grandes demandas setoriais que se verificam na assistência ao paciente com diabetes, tanto para o aumento das competências dos profissionais da equipe multidisciplinar da ESF, quanto para o planejamento de ações estratégicas como as de educação em saúde para o controle e prevenção do diabetes e suas complicações (REZENDE, 2011).

5 RESULTADOS

Foram avaliados 226 usuários diabéticos cadastrados nas sete UBS da ESF do município de Matipó, MG, Brasil. A média de idade da amostra foi de 62,5 anos (DP = 13,5), variando de 26 a 92 anos, com predomínio do sexo feminino (65,5%), raça/cor preta/parda (69,9%), estado civil casado (50,0%), Ensino Fundamental completo (68,1%), classe econômica D-E (59,3%) e 81,9% estão fora do mercado de trabalho. As variáveis qualitativas e quantitativas referentes aos dados socioeconômicos e de saúde dos usuários da ESF estão apresentadas nas Tabelas 2 e 3, respectivamente.

Tabela 2 - Características socioeconômicas e de saúde dos usuários diabéticos da ESF, Matipó, MG, 2019

Variável	Percentual (%)	Frequência (n)
Sexo		
Feminino	65,5	148,0
Masculino	34,5	78,0
Raça/cor		
Branca/amarela	30,1	68,0
Preta/parda	69,9	158,0
Estado Civil		
Casado	50,0	113,0
Outros	50,0	113,0
Escolaridade		
Sem Instrução	20,4	46,0
Ensino Fundamental	68,1	154,0
Ensino Médio e outros	11,5	26,0
Mercado de Trabalho		
Trabalha	18,1	41,0
Não Trabalha	81,9	185,0
Classe Econômica		
C1	40,7	92,0
D-E	59,3	134,0
Perda de Peso		
Sim	46,9	106,0
Não	53,1	120,0
Tabagismo		
Não-fumante	54,0	122,0
Ex-fumante	31,9	72,0
Fumante	14,2	32,0
Medicação		
Oral	80,5	182,0
Insulina	19,5	44,0
Atividade Física		
Sim	16,8	38,0
Não	83,2	188,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 3 – Características de saúde dos usuários diabéticos da ESF, Matipó, MG, 2019

Características	Média	DP*	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	62,5	13,5	63,0	26,0	92,0
Peso (kg)	74,8	16,4	74,0	30,0	139,0
IMC (kg/m ²)	28,4	6,1	28,0	14,0	58,0
Perda de peso (kg)	1,5	0,5	2,0	1,0	2,0
Tempo diagnóstico DM** (anos)	10,9	9,5	8,0	1,0	50,0
Glicemia (mg/dl)	174,8	84,7	155,0	48,0	454,0
Tempo de tabagismo (anos)	17,7	12,3	16,0	1,0	60,0
Tempo de atividade física (dia/semana)	3,2	1,6	3,0	1,0	7,0

DP*: desvio padrão; DM**: diabetes mellitus

Fonte: Elaborada pelo autor.

Neste estudo, 100,0% dos pacientes eram diabéticos tipo 2, média do tempo de diagnóstico da doença de 10,9 anos (DP = 9,5), 80,5% usavam medicação oral para controle do diabetes, e nenhum participante realizou dosagem de hemoglobina glicada nos últimos anos. Entre os usuários diabéticos, 46,9% perderam peso nos últimos 12 meses, média de perda de peso de 1,5 kg (DP = 0,5), e apenas 16,8% realizavam atividade física, em média 3,2 dias/semana (DP = 1,6).

Observa-se, ainda, que a média de peso da amostra 74,8 kg (DP = 16,4), do IMC 28,4 kg/m² (DP = 6,1) e da glicemia 174,8 mg/dl (DP = 84,7) está acima do valor de normalidade. Entre fumantes (14,2%) e ex-fumantes (31,9%), a média do tempo de tabagismo foi de 17,7 anos (DP = 12,3).

A Tabela 4 apresenta a média do escore atribuído às dimensões da APS na perspectiva dos usuários diabéticos. Evidencia-se que os atributos: grau de afiliação (3,17); acesso de primeiro contato – acessibilidade (4,07); longitudinalidade (5,63); integralidade – serviços disponíveis (3,93); e integralidade – serviços prestados (4,37) ficaram abaixo do escore de referência neste estudo (<6,6), ou seja, apresentaram resultados insatisfatórios. Enquanto que o atributo acesso de primeiro contato – utilização (7,33) foi positivamente avaliado pelos usuários diabéticos.

Tabela 4 – Escore atribuído às dimensões da APS pelos usuários diabéticos da ESF, Matipó, MG, 2019

Dimensões	Media	DP*	Mediana	Mínimo	Máximo
Grau de Afiliação	3,17	2,64	3,33	0,00	5,56
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	7,33	1,09	7,78	0,00	10,00
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	4,07	1,94	3,89	1,67	7,78
Longitudinalidade	5,63	1,87	5,71	1,90	9,29
Integralidade – Serviços Disponíveis	3,93	1,89	4,02	0,00	8,48
Integralidade – Serviços Prestados	4,37	1,68	4,36	0,00	9,74

*DP: desvio padrão

Fonte: Elaborado pelo autor.

6 DISCUSSÃO

Os resultados de maior relevância social, um dos focos desta pesquisa, indicaram que o diabetes tipo 2 acometeu mais as pessoas do sexo feminino, maiores de 60 anos de idade, de raça/cor preta, com baixa escolaridade, de estratos socioeconômicos de menor nível e que não trabalhavam. Estes dados revelam a vulnerabilidade econômica e social dos usuários diabéticos da ESF de Matipó, MG, e corroboram alguns estudos realizados no Brasil (PETERMANN et al., 2015; RADIGONDA, 2016; SILVA et al., 2016; SANTOS et al., 2018; MORESCHI et al., 2018).

Em relação as características de saúde, observou-se tendência para a ocorrência de excesso de peso, maior tempo de diagnóstico do diabetes, evolução da doença com glicemia não controlada e estilo de vida não saudável, caracterizado pela prática de tabagismo atual ou pregressa e pela baixa frequência de atividade física entre os usuários da ESF de Matipó, MG, e estes resultados estão em consonância com a literatura (GONÇALVES et al., 2013; MALTA et al., 2017; FONTBONNE et al., 2018).

A ausência de medida da hemoglobina glicada (HbA1c), identificada em 100,0% da amostra, pode indicar seguimento inadequado destes pacientes, impactando no controle da doença. Recomenda-se que a HbA1c seja realizada a cada 3 a 4 meses em crianças e adolescentes, com no mínimo duas medidas anuais. Para adultos, com controles estáveis, sugerem-se duas medidas de HbA1c ao ano (FORTI et al., 2019).

É esperado que o diabetes ocorra quase exponencialmente com o envelhecimento e sua ocorrência difere entre homens e mulheres na idade adulta, tendo o dobro de chances de ocorrer no sexo masculino (SAITO et al., 1999). A maior prevalência do diabetes no sexo feminino observada em nosso estudo, pode estar associada à representatividade na seleção da amostra avaliada e, também, à tendência das mulheres de estarem mais presentes nos serviços de saúde, favorecendo, desta forma, o diagnóstico da doença (MOHR et al., 2011; LEVORATO et al., 2014; RADIGONDA, 2016; SANTOS et al., 2018; MORESCHI et al., 2018).

Em populações que vivem em países mais pobres, o risco de diabetes é maior do que naqueles mais ricos e entre as pessoas de maior idade, havendo, ainda, associação com história família de diabetes e índice de massa corporal aumentado. Mesmo após ajuste para todos os fatores de risco e etnia, a prevalência de diabetes continua alta, sugerindo que outros fatores ainda desconhecidos podem ser responsáveis pela maior ocorrência da doença entre os mais pobres (DAGENAIS et al., 2016).

Diabéticos de classes econômicas mais baixas, como aqueles identificados neste estudo, têm muitas comorbidades associadas e maior dificuldade para controlar a doença, além de inúmeros desafios associados ao acesso a assistência à saúde, inclusive a medicamentos (WIRTZ et al., 2016). O alto ônus econômico e os efeitos sociais adversos sobre estas pessoas e suas famílias exigem o desenvolvimento de políticas baseadas em evidências, além de estratégias e programas para a prevenção e o manejo do diabetes (ELRAYAH-ELIADAROUS et al., 2017).

Cabe salientar que adultos com baixa renda e diabéticos têm uma chance 40,0% maior de ter insegurança alimentar e um controle inadequado da glicemia. Além disso, a vulnerabilidade social resultante de insegurança alimentar, baixo nível socioeconômico, baixos níveis educacionais e baixa educação em saúde são fatores de risco independentes para o descontrole da glicemia (WAITMAN et al., 2017).

Quando se considera a raça/cor, a pobreza individual aumenta as chances de ter diabetes, tanto para pretos como para brancos. Isso indica que para abordar as disparidades raciais no diabetes, os formuladores de políticas devem debater os problemas criados pela pobreza concentrada, que impede o acesso a alimentação saudável, instalações recreativas e serviços de saúde adequados (GASKIN et al., 2014). Considera-se, também, que a pobreza está associada a inatividade física que é um fator de risco importante para o diabetes (CHIEN et al., 2017), e que na presente pesquisa foi reportada por mais de 80,0% dos usuários da ESF de Matipó, MG.

É mister salientar que as condições sociais ligadas às disparidades raciais podem interferir no estilo de vida e no controle do diabetes, o que requer modificações nas atividades diárias, incluindo nutrição saudável, atividade física regular, perda de peso e adesão ao tratamento, sem as quais é difícil controlar a doença (STEVE et al., 2016;

BREUING et al., 2018). Outrossim, a persistência das desigualdades sociais e econômicas, as estruturas do sistema de saúde e o contexto cultural, contribuem para a manutenção dos maiores riscos para estes pacientes (MENDENHALL et al., 2017).

Neste contexto, os resultados aqui apresentados e que descrevem as características socioeconômicas e de saúde de usuários diabéticos da ESF de Matipó, MG, podem ser úteis para que gestores e profissionais reavaliem políticas públicas e serviços de saúde direcionados ao tratamento desta doença, de forma a qualificar os pontos de atenção e garantir assistência adequada e autonomia dos usuários nos serviços de saúde (CORRÊA et al., 2017; BORGES; LACERDA, 2018; BORBA et al., 2019).

Por fim, o presente estudo avaliou quantitativamente os atributos que qualificam a APS no município de Matipó, MG, na perspectiva dos usuários diabéticos, considerando de maior qualidade o atributo com escore $\geq 6,6$. O atributo grau de afiliação recebeu a pior avaliação pelos usuários, sugerindo que este grupo não identifica a ESF como serviço de referência para o cuidado de saúde no município.

Observou-se que houve inadequação dos atributos acesso de primeiro contato – acessibilidade, longitudinalidade e integralidade, e estes dados são semelhantes àqueles apresentados por Santos et al. (2019). Apesar da vulnerabilidade econômica e social, os usuários apresentaram atitude crítica em relação à ESF e aos serviços ofertados em Matipó, MG, diferente de outros estudos nos quais populações mais vulneráveis tendem a avaliar positivamente os serviços de saúde (AZEVEDO, 2014).

A baixa pontuação encontrada para os atributos da APS representa grande desafio para os gestores do município de Matipó, MG. Os atributos da APS representam o eixo estruturante do processo de trabalho na APS e, para isso, seguem características organizacionais, entre elas: acesso facilitado dos usuários, continuidade e integralidade do cuidado, além da responsabilização das equipes frente às comunidades atendidas, o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários e o fluxo dos usuários entre os diferentes níveis de atenção (DOTTO et al., 2016).

No presente estudo, o atributo acesso de primeiro contato – utilização, foi o único avaliado positivamente, sinalizando que os usuários têm chegado às UBS do

município de Matipó, MG, e, de certa forma, recebem algum tipo de cuidado de saúde. Este resultado corrobora alguns estudos realizados no Brasil com usuários diabéticos (SANTOS et al., 2019) e não diabéticos da ESF (SILVA et al., 2013; LIMA et al., 2015; PAULA et al., 2015; SÁ, 2019).

A descentralização da gestão em saúde para níveis mais próximos destes usuários pode contribuir para maior êxito no monitoramento dos indicadores clínicos e laboratoriais que, se realizados periodicamente, podem contribuir para o melhor controle do diabetes (SORANZ et al., 2017), além de evitar complicações associadas às oscilações nos níveis de glicemia. Também, a qualidade da atenção dispensada pela equipe de saúde pode melhorar a adesão dos usuários à prática de atividade física e ao controle do peso corporal (FONTBONNE et al., 2018).

Um estudo indicou que os atributos da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade e orientação familiar) apresentaram melhor desempenho entre os afiliados a plano privado de saúde, mesmo após ajuste por idade, sexo e escolaridade. Mas, apontou dois principais desafios para o Sistema Único de Saúde no manejo dos pacientes com diabetes: a realização de ações mais efetivas para a promoção da atividade física e a necessidade de reorganização visando à melhoria do desempenho da atenção primária, sobretudo, no acesso às consultas médicas (RODRIGUES et al., 2017).

Valorizar estes atributos pode viabilizar o conhecimento sobre a efetividade do sistema de saúde e promover melhorias nos processos e nos resultados, contribuindo, desta forma, para que o princípio da integralidade se concretize nos serviços de saúde (PUCCI, 2017). Em especial, pois os atributos da APS são ferramentas importantes para a avaliação das políticas públicas, de gestão e ações em saúde. No entanto, para Gomes (2016), garantir a acessibilidade ainda é a principal dificuldade da APS, e isto dificulta garantir o seu papel de “porta de entrada” para o Sistema Único de Saúde.

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos nossos resultados: a) por ser um estudo transversal, nenhuma inferência causal pode ser realizada; b) a avaliação ocorreu em um único município, incluindo apenas usuários diabéticos adscritos aos serviços de APS em Matipó, MG; c) não foram contemplados todos os itens propostos no manual do PCATool, limitando, desta forma, a avaliação da APS.

7 CONCLUSÃO

A realização deste estudo no município de Matipó, MG — mediante avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pela Atenção Primária à Saúde, utilizando o instrumento PCA-Tool — possibilitou alcançar resultados da realidade acerca dos serviços de saúde prestados na perspectiva dos usuários diabéticos.

Os resultados deste estudo indicaram que o diabetes *mellitus* tipo 2 acometeu mais as pessoas do sexo feminino, maiores de 60 anos de idade, de raça/cor preta, com baixa escolaridade, de estratos socioeconômicos de menor nível e que não trabalhavam. Revelaram, ainda, ocorrência de excesso de peso, maior tempo de diagnóstico do diabetes, evolução da doença com glicemia não controlada e estilo de vida não saudável, caracterizado pela prática de tabagismo atual ou pregressa e pela baixa frequência de atividade física entre os usuários da ESF de Matipó, MG.

Pode-se concluir que o atributo que obteve menor média foi o grau de afiliação. Em adição, os atributos acesso de primeiro contato – acessibilidade, longitudinalidade e integralidade também apresentaram resultados insatisfatórios. O atributo acesso de primeiro contato – utilização foi o único positivamente avaliado pelos usuários diabéticos, sinalizando, de forma geral, que os serviços de saúde possuem, na perspectiva do usuário, atributos que precisam ser melhorados.

A fragilidade do modelo de atenção em saúde revelado neste estudo aponta para a incapacidade da ESF de contemplar, em sua totalidade, o acolhimento do usuário, integralidade dos serviços e do cuidado, sejam disponíveis ou prestados, acarretando superlotação dos serviços secundários. Com isso, a APS deixa de ser a porta de entrada preferencial destes pacientes para o Sistema Único de Saúde.

Assim, verificamos que este estudo traz resultados importantes sobre os atributos avaliados e que devem ser considerados para o planejamento de políticas públicas para atendimento dos usuários diabéticos na atenção primária do referido município. A avaliação dos serviços de saúde constitui instrumento que fornece subsídios para

se buscar melhor qualidade dos serviços, conforme as necessidades dos usuários, reestruturando e reorganizando a APS.

No que refere ao contexto social, permite, também, a introdução de intervenções adequadas aos problemas encontrados, no cotidiano da atuação das equipes de saúde e dos serviços, assim, proporcionará avanços na integralidade do cuidado, gestão dos serviços de saúde e nas ações e estratégias de intervenção dos profissionais de saúde da APS. Finalmente, são necessários novos estudos no município, estendendo a aplicação do instrumento a outros usuários, para que assim, possa ser aferido demais serviços oferecidos pela APS a população geral, a fim de compreender a totalidade do serviço e recursos que as equipes de saúde possuem.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, **Diabetes basics**. 2017. Disponível em: <<http://www.diabetes.org/diabetes-basics/?locdb-slabnav>>. Acesso em: 28 set. 2018.

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. L. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 328-37, 2014.

ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no sistema único de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 244-60, 2018.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-98, fev. 2010.

ALMEIDA, S. A. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Revista Brasileira Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 142-6, 2013.

ARRUDA, G. O.; SCHMIDT, D. B.; MARCON, S. S. Internações por diabetes mellitus e a estratégia saúde da família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 543-52, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critérios de classificação econômica brasil**. 2016. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>. Acesso em: 10 fev. 2019.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, André A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, dez. 2010.

AZEVEDO, S. J. S. **Segregação e oportunidades de acesso aos serviços básicos de saúde em Campinas**: vulnerabilidades sociodemográficas no espaço intra-urbano. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População / Unicamp, 2014.

BAHIA, L. R. et al. The Costs of Type 2 Diabetes Mellitus Outpatient Care in the Brazilian Public Health System. **Value in Health**, Malden, v. 14, n. 5 Suppl, p. S137-40, Jul./Aug. 2011.

BEAGLEY, J. et al. Global estimates of undiagnosed diabetes in adults. **Diabetes Research and Clinical Practice**, Amsterdam, v. 103, n. 2, p. 150-60, Feb. 2014.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. **Jama**, Chicago, v. 288, n. 14, p. 1775-80, Oct. 2002.

BORBA, A. K. O. T. et al. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 125-36, 2019.

BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 162-78, jan./mar. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**: para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2011a.

_____. _____. **A Gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2015.

_____. Constituição Federal (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Lei nº 13.427, de 30 de março de 2017. Altera o art. 7º da 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, para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 mar. 2017a. Seção 1, p. 3.

_____. Ministério da Saúde. **Cobertura da atenção básica**. 2017b. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. _____. **Diretrizes do NASF**: núcleos de apoio a saúde da família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. _____. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. _____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011b.

_____. _____. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 1997.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010b. Seção 1, p. 88.

_____. Portaria nº 252/GM de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 fev. 2013a. Seção 1, p. 71.

_____. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2 abr. 2014. Seção 1, p. 50.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 out. 2011c. Seção 1, p. 48-54.

_____. Portaria nº 3.875, de 27 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o credenciamento dos Municípios e Estados para receberem os incentivos e custeios referente ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 2017c. DOU nº 247-B, Seção 1, p. 23. Republicado em 02 fev. 2018. Edição 24, Seção 1, p. 23-24-25-31, por ter saído com incorreções no original.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

_____. Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm>. Acesso em: 14 nov. 2019.

BREUING, J. et al. Barriers and facilitating factors in the prevention of diabetes type II and gestational diabetes in vulnerable groups: protocol for a scoping review [published correction appears in *Syst Rev*. 2019 Jan 22;8(1):31]. **Syst Rev**, v. 7, n. 1, p. 245, dez. 2018.

CAMPOS, K. F. C.; MARQUES, R. C.; SILVA, K. L. Educação permanente: discursos dos profissionais de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20180172, 2018.

CARRAPATO, J. F. L.; CASTANHEIRA, E. R. L.; PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 518-30, abr./jun. 2018.

CARVALHO, T. G. S.; ALMEIDA, A. M. B.; BEZERRA, M. I. C. Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde. **SANARE**, Sobral, v. 15, n. 2, p. 94-103, 2016.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-14, 2018.

CHIEN, L. C. et al. Physical Inactivity Displays a Mediator Role in the Association of Diabetes and Poverty: A Spatiotemporal Analysis. **Geospat Health**, v. 12, n. 2, p. 528. 2017.

CIRYNO, A. et al. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 93-106, 2009.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. suppl. 1, p. s7-s16, 2008.

CORRÊA, K. et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 921-930, 2017.

D'AVILA, O. P. et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 855-65, mar. 2017.

DAGENAIS, G. R. et al. Variations in Diabetes Prevalence in Low-, Middle- and High-Income Countries: Results From the Prospective Urban and Rural Epidemiological Study. **Diabetes Care**, v.39, n. 5, p. 780-787, mai. 2016.

DAVIES, M J. et al. Effectiveness of the diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. **British Medical Journal**, London, v. 336, n. 7642, p. 491-5, Mar. 2008.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-8, Sep. 1988.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, Dec. 2005.

DOOLEY, F. M. et al. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 358, n. 19, p.1991-2002, May, 2008.

DOTTO, J. M. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia – UPF**, Passo Fundo, v. 21, n. 1, p. 23-30, jan./abr. 2016.

ELRAYAH-ELIADAROUS, H. A. et al. Economic and social impact of diabetes mellitus in a low-income country: A case-control study in Sudan. **J Diabetes**, v. 9, n. 12, p. 1082-1090. 2017.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp, p. 208-23, 2018.

FAUSTO, M. C. R. et al. O futuro da atenção primária à saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe, p. 12-7, set. 2018.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.16-29, jan./mar. 2017.

FONTBONNE, A. et al. Relações entre os atributos de qualidade de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família e o controle dos fatores prognósticos de complicações. **Cad. Saúde Colet.**, v. 26, n. 4, p. 418-424. 2018.

FORTI, A. C. et al. (Org.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad, 2019.

FREI, A. et al. Implementation of the Chronic Care Model in Small Medical Practices Improves Cardiovascular Risk but Not Glycemic Control. **Diabetes Care**, New York, v. 37, n. 4, p.1039-47, Apr, 2014.

FREIRE, M. P. T.; ANDRADE, J. M.; VERAS, H. N. H. Avaliação Glicêmica de Pacientes Diabéticos Atendidos na Estratégia Saúde da Família na Cidade de Assaré - CE. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Ceará, v.13, n. 44, p. 221-39, 2019.

FREITAS, P. S. et al. Uso de serviços de saúde e de medicamentos por portadores de Hipertensão e Diabetes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 23, p. 2383-92, 2018.

FRIGO, L. F. et al. Ação educativa interdisciplinar para pacientes com diabetes na atenção básica: uma revisão bibliográfica. **Revista e Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, RG, v. 2, n. 4, p.141-3, 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Taxa de incidência de diabetes cresceu 61,8% nos últimos 10 anos**. 2018. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-incidencia-de-diabetes-cresceu-618-nos-ultimos-10-anos>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

FUNNELL, M. M. et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. **Diabetes Care**, New York, Suppl. 1, p. S97-104, Jan. 2008.

- GAMA, C. A. P.; GUIMARÃES, D. A.; ROCHA, G. N. G. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 12, n. 3, p. 1-16, jul./set. 2017.
- GASKIN, D. J. et al. Disparities in Diabetes: The Nexus of Race, Poverty, and Place. **Am J Public Health**, v. 104, n. 11, p. 2147-2155. 2014.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018.
- GOMES, M. F. P. **Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família das Comissões Intergestores Regionais de Alto Capivari e Alta Sorocabana-SP**. 2016. 236 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, SP, 2016.
- GOMIDE, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface**, Botucatu, SP, v. 22, n. 65, p. 387-98, 2018.
- GONÇALVES, M. R. et al. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 235-43, 8 out./dez. 2013.
- GREGG, E. W. et al. Changes in Diabetes-Related Complications in the United States, 1990–2010. **New England Journal of Medicine**, London, v. 370, n. 16, p. 1514-23, 2014.
- GUARIGUATA, L. et al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. **Diabetes Research and Clinical Practice**, Amsterdam, v. 103, n. 2, p. 137-49, Feb. 2014.
- GUERRERO-ROMERO, F.; RODRÍGUEZ-MORÁN, M. Assessing progression to impaired glucose tolerance and type 2 diabetes mellitus. **European Journal of Clinical Investigation**, England, v. 36, n. 11, p. 796-802, Nov. 2006.
- HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-59, 2006.
- HARZHEIM, E. et al. **Validação do instrumento de avaliação da qualidade de atenção primária**, PCATool, Adulto. 2007.
- HU, H. et al. Hba1c, Blood Pressure, and Lipid Control in People with Diabetes: Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study. **Plos One**, v. 11, n. 7, p. e0159071, Jul. 2016.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/matipo/panorama>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. **Estudo da modalidade de censo demográfico contínuo**: questionário da amostra do Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF diabetes atlas**. 6th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2015. Disponível em: <<https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>>. Acesso em: 27 out. 2018.

INZUCCHI, S. E. Diagnosis of Diabetes. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 368, n. 2, p. 192-3, Jan. 2013.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 305-14, 2015.

JASMIM, J. S.; QUELUCI, G. C. Estudos sobre pacientes diabéticos na atenção primária. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 4, p. 1072-84, abr. 2018.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-74, abr. 2014.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação da atenção primária na percepção dos usuários e profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. sup.2, p. 3758-66, out. 2014.

LIMA, E. F. et al. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 553-9, 2015.

LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe, p. 52-66, set. 2018.

LIMA, C. R.; MENEZES, H. C. F.; PEIXOTO, M. R. G. Educação em saúde: avaliação de intervenção educativa com pacientes diabéticos, baseada na teoria social cognitiva. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 24, n. 1, p.141-56, 2018.

LOPES, M. S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-8, 2010.

LYRA, R. et al. Diabetes mellito: classificação e diagnóstico. In: VILAR, L. (Ed.). **Endocrinologia clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 641-56.

MALTA, D. C.; SILVA, J. B. O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 151-64, 2013.

MALTA, D. C. Fatores associados ao diabetes autorreferido segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Saude Publica**, v. 51, Supl 1:12s, 2017.

MARINHO, M. G. S. et al. Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife – Brasil. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 6, n. 55, p. 406-11, 2011.

MENDENHALL, E. et al. Non-communicable Disease Syndemics: Poverty, Depression, and Diabetes Among Low-Income Populations. **Lancet**, v. 389, n. 10072, p. 951-963, mar. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. G. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, abr./jun. 2018.

MOHR, F. et al. Fatores de risco cardiovascular: comparação entre os gêneros em indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 267-272, jan-jun. 2011.

MORESCHI, C. et al. Family Health Strategies: Profile/quality of life of people with diabetes. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 6, p. 2899-2906, dez. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p.11-24, 2018.

MURRAY, C. J. L. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, London, v. 380, n. 9859, p. 2197-223, 2012.

NEGRATO, C. A. et al. Diabetes mellitus e gestação. In: VILAR, L. **Endocrinologia clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 716-29.

OLIVEIRA, J. E. P. et al. (Org.). **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017.

OLIVEIRA, R. C. et al. A reorganização da atenção secundária como estratégia para a garantia da integralidade. In: MAGALHÃES JUNIOR., H. M. (Org.). **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008**. Belo Horizonte: Mazza, 2010.

PAULA, F. A. et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 802-14, 2015.

PEDROSA, K. K. A. et al. Eficácia da educação no manejo do diabetes mellitus tipo 1 realizado por cuidadores de crianças. **Enfermería Global**, Murcia, v. 44, n. 3, p. 102-14, 2018.

PETERMANN, X. B, et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na atenção primária à saúde: uma revisão narrativa. **Saúde**, Santa Maria, v. 1, n. 41, p. 49-56, 2015.

POLONSKY, K. S. The Past 200 Years in Diabetes. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 367, n. 14, p. 1332-40, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. 2000. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/matipo_mg>. Acesso em: 20 ago. 2018.

PUCCI, V. R. **Avaliação do atributo da Integralidade na Atenção Primária à Saúde em municípios da região Centro-Oeste no Rio Grande do Sul – PCATool-Brasil versão profissionais**. 2017. 167 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2017.

RADIGONDA, B. et al. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR. **Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 115-26, 2016.

REZENDE, A. M. B. **Ação educativa na atenção básica à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação profissional**. 2011. 220 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

RIBEIRO, M. A. **Avaliação da atenção às condições crônicas na estratégia saúde da família de Sobral - CE: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como marcadores**. 2018. 257 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, CE, 2018.

RIBEIRO, W. A. et al. Educação em saúde aos portadores de hipertensão arterial e diabete mellitus na estratégia saúde da família. **Revista Pró-UniversUS**, Vassouras, MG, n. 8, v. 2, p. 110-14, 2017.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, L. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 95-110, abr./jun. 2019.

RODRIGUES, M. P. et al. Ressignificando o trabalho na Estratégia Saúde da Família: desafios para a integralidade do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde**, v.7, n. 2, p. 32-44. 2017.

ROLIM, L. B. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, ES, v. 72, n. 01, p. 24-31, 2019.

ROPER, S. O. et al. Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions. **Journal of Advanced Nursing**, England, v. 65, n. 8, p.1705-14, 2009.

ROSA, R. et al. Estimated hospitalizations attributable to Diabetes Mellitus within the public healthcare system in Brazil from 2008 to 2010: study DIAPS 79. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 60, n. 3, p. 222-30, 2014.

ROSSANEIS, M. A. et al. Diferenças entre mulheres e homens diabéticos no autocuidado com os pés e estilo de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2761, p. e2761, 2016.

SÁ, A. B. et al. A Diabetes Mellitus em Portugal: Relevância da Terapêutica Farmacológica Adequada. **Revista Portuguesa de Farmacoterapia**, Estoril, n. 8, v. 44, p. 44-53, 2016.

SÁ, L. Y. B. A. V. A Avaliação da atenção primária: um olhar preliminar através do PCATool em Manaus, Amazonas. **Aps em Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 98-111, jul. 2019.

SALCI, M. P.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. e20170262, 2018.

SANTOS, E. M. S. et al. Autocuidado de usuários com diabetes mellitus: perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico. **Revista Fundamental Care**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, p. 720-28, 2018.

SANTOS, G. M.; SOUZA, P. V.; BARROS, N. V. A. Perfil epidemiológico dos idosos diabéticos cadastrados no Programa HiperDia no estado do Piauí, Brasil. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, SP, v. 16, n. 56, p. 48-53, 2018.

SANTOS, R. S. A. F. et al. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 268-82, dez. 2015.

SANTOS, M. P. R. et al. Qualidade do atendimento segundo os pacientes com diabetes mellitus no Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, Brasil, 2017. In: 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 2019, João Pessoa. Anais... João Pessoa: ABRASCO, 2019. 2 p.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**, Amsterdam, v. 87, n. 1, p. 4-14, 2010.

SILVA, A. B. et al. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 308-16, jul./set. 2016.

SILVA C. S. O. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob à ótica dos usuários. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4407-15. 2013.

SORANZ, D. et al. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 819-830. 2017.

STEVE, S. L. et al. Social Disorder in Adults with Type 2 Diabetes: Building on Race, Place, and Poverty. **Curr Diab Rep**, v. 16, n. 8, p. 72. 2016.

SKYLER, J. S. et al. Differentiation of Diabetes by Pathophysiology, Natural History, and Prognosis. **Diabetes**, New York, v. 66, n. 2, p. 241-55, 2017.

SORIGUER, F. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. **Diabetologia**, Berlin, v. 55, n. 1, p. 88-93, Jan. 2012.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-35, set./out. 2009.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

STARFIELD, B. Primary Care and Health: a cross-national comparison. **JAMA**, Chicago, n. 226, v. 16, p. 2268-71, Oct. 1991.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde; 2002.

TABÁK, A. G. et al. Trajectories of glycaemia, insulin sensitivity, and insulin secretion before diagnosis of type 2 diabetes: an analysis from the Whitehall II study. **Lancet**, London, v. 373, n. 9682, p.2215-21, Jun. 2009.

TEDDY S. G. **The Environmental Determinants of Diabetes in the Young (TEDDY) Study**. Annals of The New York Academy of Sciences, New York, v. 1150, n. 1, p. 1-13, 2008.

TORRES, H. C.; MONTEIRO, M. R. P. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no programa saúde da família em belo horizonte/MG. **Revista Mineira de Enfermagem REME**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 402-6, out./dez. 2006.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 7. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

TURNER, K. Peoples' educational needs following a diagnosis of diabetes. **Journal of Diabetes Nursing**, London, v. 12, n. 4, p. 136-42, 2008.

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **SANARE**, Sobral, v. 17, n. esp., p. 65-73, 2018.

WAITMAN, J. et al. Social vulnerability and hypoglycemia among patients with diabetes. **Endocrinol Diabetes Nutr**, v. 64, n. 2, p. 92-99. 2017.

WHITING, D. R. et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**, Amsterdam, v. 94, n. 3, p. 311-21, Dec. 2011.

WIRTZ, V. J. et al. Access to medicines for asthma, diabetes and hypertension in eight counties of Kenya. **Trop Med Int Health**, v. 23, n. 8, p. 879-885. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: World Health Organization/Food and Agriculture Organization; 2003.

_____. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: OMS, 2005.

YANG, W. et al. Prevalence of Diabetes among Men and Women in China. **New England Journal of Medicine**, London, v. 362, n. 12, p. 1090-101, 2010.

YANG, W. et al. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2017. **Diabetes Care**, Virginia, v. 41, n. 5, p. 917-28, 2018.

APÊNDICE A - Instrumento Para Coleta de Dados

Identificação Unidade Básica de Saúde (UBS)					
UBS:			CODE:		
Identificação participante de pesquisa					
Nome:			REC:		
Data nascimento:		Data entrevista:			
Idade (anos):		Sexo: () Masculino () Feminino			
Endereço:					
Telefone: ()			E-mail:		
Dados Socioeconômicos					
Cor/raça: () branca () preta () amarela () parda () indígena					
Estado civil: () solteiro () casado () divorciado/desquitado/separado judicialmente () viúvo					
Nível de instrução:			Situação no mercado de trabalho:		
() sem instrução e menos de 1 ano de estudo			() trabalho formal – trabalha com carteira assinada e/ou contribuição previdenciária		
() fundamental incompleto ou equivalente			() trabalho informal – trabalha sem carteira assinada e sem contribuição previdenciária		
() fundamental completo ou equivalente			() desempregado – não trabalha e procura por trabalho		
() médio incompleto ou equivalente			() fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura por trabalho		
() médio completo ou equivalente					
() superior incompleto ou equivalente					
() superior completo					
Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2016) Bens de consumo e serviço					
Quantidade →	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2
Grau de instrução do chefe de família					
Analfabeto/Fundamental incompleto			0		
Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto			1		
Fundamental II completo/ Médio incompleto			2		
Médio completo/ Superior incompleto			4		
Superior completo			7		
Acesso a serviços públicos					
			Não		Sim
Água encanada			0		4
Rua pavimentada			0		2
Pontuação final →	Classe econômica: () A () B1 () B2 () C1 () C2 () D-E				
Dados clínicos					
Tempo de diagnóstico do DM2 (anos):			Medicação em uso: () oral () insulina		
Valor glicemia (mg/dl):			Valor hem. glicada (%):		
Data último exame:			Data último exame:		
Peso* (kg):		Estatura* (m):		IMC (kg/m ²):	
Perda de peso nos últimos 12 meses: () sim () não			Se sim, quantos (kg):		
Tabagismo: () não-fumante () ex-fumante () fumante			Se ex-fumante ou fumante, há quanto tempo (anos):		
Prática de atividade física: () sim () não			Se sim, qual frequência (dia/semana):		

* Peso e estatura autorreferidos ** Valores/Referência não informado registrar NA.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATOOL-BRASIL VERSÃO ADULTOS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - PCATool - Brasil versão Adulto

1º momento: Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo /avaliação.

ITENS INTRODUTÓRIOS

Nesta seção, você deve:

- 1 - Verificar disponibilidade da pessoa que te atende no domicílio ou no serviço de saúde em seguir com a entrevista.
- 2 - Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se o adulto em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo/avaliação).
- 3 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário.
- 4 - Seguir com entrevista.

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não

Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

Não

Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima

Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não

Sim, mesmo que A1 & A2 acima.

Sim, o mesmo que A1 somente.

Sim, o mesmo que A2 somente.

Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o **entrevistador** identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

--- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).

--- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado nas respostas A3 (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5 - _____

("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a **Seção B**)

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4	3	2	1	9
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4	3	2	1	9
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4	3	2	1	9

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1 – O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	4	3	2	1	9
C2 – O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4	3	2	1	9

C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoce alguém de lá atende você no mesmo dia?	4	3	2	1	9
C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4	3	2	1	9
C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4	3	2	1	9
C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4	3	2	1	9
C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4	3	2	1	9
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4	3	2	1	9
C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4	3	2	1	9
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?	4	3	2	1	9
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?	4	3	2	1	9
C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico/enfermeira/ local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4	3	2	1	9

D – LONGITUDINALIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim.	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D1 – Quando você vai ao seu “ <i>nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro</i> ”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4	3	2	1	9
D2 – Você acha que o seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” entende o que você diz ou pergunta?	4	3	2	1	9
D3 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4	3	2	1	9
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o <i>médico ou enfermeiro</i> que melhor conhece você?	4	3	2	1	9
D5 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4	3	2	1	9
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ”?	4	3	2	1	9
D7 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4	3	2	1	9
D8 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quem mora com você?	4	3	2	1	9
D9 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4	3	2	1	9
D10 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4	3	2	1	9
D11 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4	3	2	1	9
D12 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4	3	2	1	9
D13 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4	3	2	1	9

D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?	4	3	2	1	9
---	---	---	---	---	---

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4	3	2	1	9
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4	3	2	1	9
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos).	4	3	2	1	9
G4 – Vacinas (imunizações).	4	3	2	1	9
G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4	3	2	1	9
G6 – Tratamento dentário.	4	3	2	1	9
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4	3	2	1	9
G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4	3	2	1	9
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4	3	2	1	9
G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4	3	2	1	9
G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4	3	2	1	9
G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4	3	2	1	9
G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4	3	2	1	9

G14 – Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido).	4	3	2	1	9
G15 – Remoção de verrugas.	4	3	2	1	9
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4	3	2	1	9
G18 – Cuidados pré-natais.	4	3	2	1	9
G19 – Remoção de unha encravada.	4	3	2	1	9
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4	3	2	1	9
G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4	3	2	1	9
G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4	3	2	1	9

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”.

Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4	3	2	1	9
H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4	3	2	1	9
H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andarem de carro.	4	3	2	1	9

H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4	3	2	1	9
H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4	3	2	1	9
H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4	3	2	1	9
H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4	3	2	1	9
H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4	3	2	1	9
H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4	3	2	1	9
H10 – Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4	3	2	1	9
H11 – Como prevenir quedas.	4	3	2	1	9
H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4	3	2	1	9
H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4	3	2	1	9

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa como voluntário. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será prejudicado de forma alguma. Se tiver alguma dúvida, você poderá pedir esclarecimentos ao pesquisador responsável a qualquer momento. Você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM que avaliou este trabalho, pelo telefone (27)33343586 ou e-mail comite.etica@emescam.br ou endereço CEP – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza, Vitória-ES, 29045-402.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Percepção dos Usuários Diabéticos

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Telefone: (27)33343543

Pesquisador responsável: Janine Pereira da Silva e Laudinei de Carvalho Gomes

Endereço: Av. Estudante José Júlio de Souza, 3120, 602, Itaparica, Vila Velha, ES, Brasil
CEP:29102010

Telefone: (27) 999936044 ou (31) 97400861 **E-mail:** janine.silva@emescam.br

Objetivos da pesquisa: Avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família na percepção dos usuários diabéticos, segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde.

Procedimentos da pesquisa: A pesquisa será realizada com o estudo de informações por meio de um formulário com perguntas sobre seus dados socioeconômicos e clínicos e avaliação da Estratégia Saúde da Família. São perguntas simples e objetivas que você poderá responder quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para procedimento terapêutico e/ou para participação no Grupo de Diabetes, e ainda, em visita conjunta com Agente Comunitário de Saúde (ACS) em seu domicílio, sem alterar sua rotina. Estima-se que todas as perguntas sejam respondidas em mais ou menos 30 minutos.

Riscos e desconfortos: A entrevista é rápida e, para minimizar qualquer desconforto ou incômodo, ela será realizada no domicílio e/ou na UBS, no momento que for mais conveniente para você, por equipe de pesquisa treinada e capacitada. Mesmo assim, você poderá interrompê-la a qualquer momento e terá o apoio necessário caso se sinta emocionalmente afetado. Nós nos comprometemos a manter sua identidade em absoluto sigilo, preservando sua privacidade, bem como a utilizar as informações obtidas apenas para fins científicos.

Benefícios: Os resultados dessa pesquisa poderão possibilitar aos serviços e aos gestores do setor saúde o planejamento de ações estratégicas acerca dos serviços oferecidos e cuidados à saúde de pacientes diabéticos, contribuindo, desta forma, para reorganização de um modelo de atenção integral que possa melhorar a assistência e, por consequência, o controle metabólico da doença neste grupo populacional.

Custo/Reembolso para o paciente: Você não terá custos em participar dessa pesquisa e também não receberá nenhum tipo de reembolso.

Confidencialidade: Os pesquisadores comprometem-se com o sigilo da sua identificação e a manter sob guarda adequada os dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu _____ RG _____ / _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Matipó, _____ de _____ de 2019

Assinatura do participante de pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A - Carta de Anuência da Secretaria de Saúde de Matipó, MG, Brasil



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATIPÓ

MATIPÓ - ESTADO DE MINAS GERAIS

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador Laudinei de Carvalho Gomes a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado “**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ESTILO DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MATIPÓ, MG**”, sob orientação da Profa. Dra. Janine Pereira da Silva, cujo objetivo é avaliar o perfil sociodemográfico e o estilo de vida de pacientes diabéticos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do Município de Matipó, MG, Brasil.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa **EXCLUSIVAMENTE** para os fins científicos, mantendo o absoluto sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Matipó, 10 de agosto de 2018

Rodolfo Mendes Campos
CPF: 116.124.696-93
Res. de Saúde de Matipó - MG

Rodolfo Mendes Campos

Nome/assinatura e **carimbo** do responsável onde a pesquisa será realizada

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP da EMESCAM

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ESTILO DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MATIPÓ, MG

Pesquisador: JANINE PEREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98055018.0.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.917.131

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local - Emescam intitulado "Perfil sociodemográfico e estilo de vida de pacientes diabéticos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Matipó, MG". O estudo descritivo, prospectivo e transversal será realizado com pacientes diabéticos, maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, cadastrados na ESF, aleatoriamente selecionados nas sete UBS do referido município.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar o perfil sociodemográfico e o estilo vida de pacientes diabéticos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Matipó, MG, Brasil.

OBJETIVO SECUNDÁRIO

Avaliar em pacientes diabéticos cadastrados na ESF do município de Matipó, MG: a) O perfil sociodemográfico, clínico e o estilo de vida; b) O acesso às consultas, medicações e exames complementares; c) O controle dos fatores de risco para desenvolvimento do diabetes mellitus (DM) e das complicações cardiovasculares do DM; d) A o(re)corrência de consultas em serviços de urgência e emergência e/ou de internações hospitalares após o cadastramento na ESF do

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.917.131

município; e) A participação da equipe multidisciplinar na ESF do município; f) A promoção de programa de educação em DM para pacientes e familiares; g) A satisfação do usuário quanto ao atendimento realizado na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Os pesquisadores reconhecem que o risco está ligado à quebra de privacidade e “[...]comprometem-se com o sigilo da identificação dos participantes da pesquisa e a manter sob guarda adequada os dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos”. Para minimizar o desconforto decorrente da realização de entrevista os pesquisadores realizarão a entrevista em condições de privacidade na própria UBS de referência.

BENEFÍCIOS:

A pesquisa poderá possibilitar à gestão municipal o planejamento de ações estratégicas de educação e cuidado à saúde de pacientes diabéticos, contribuindo desta forma, para reorganização de um modelo de atenção integral que possa melhorar o estilo de vida, o controle dos fatores de risco para desenvolvimento do diabetes mellitus (DM) e das complicações cardiovasculares do DM.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada com 226 pacientes, da zona rural e urbana do município, por meio de entrevista com roteiro estruturado (adaptado de RIBEIRO, 2018) e acesso ao prontuário dos pacientes elegíveis para o estudo (maiores de 18 anos, de ambos os sexos). O cálculo amostral foi realizado para estimar o perfil sociodemográfico e o estilo de vida destes pacientes, considerando amostragem aleatória simples, nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e proporção estimada de 0,5 (TRIOLA, 2005). A coleta de dados ocorrerá na própria UBS, por ocasião do comparecimento do paciente para procedimento terapêutico e/ou participação nas reuniões mensais do Grupo de Diabetes. As entrevistas serão realizadas em sala privativa, por equipe de pesquisa treinada e capacitada, e o tempo médio de duração será de 30 minutos, mediante assinatura do TCLE pelo paciente.

Os dados serão coletados em formulário próprio, em papel, e duplamente digitados no software Microsoft® Office Excel 2010 e analisados no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 25.0.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**



Continuação do Parecer: 2.917.131

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados Carta de Anuência devidamente assinada pelo gestor municipal; Folha de rosto assinada pelo decano da IES, projeto completo com cronograma detalhado, TCLE adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1217847.pdf	10/09/2018 21:38:11		Aceito
Folha de Rosto	folhoderosto.pdf	10/09/2018 21:37:42	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	cartadeanuencia.jpeg	10/09/2018 20:44:16	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/09/2018 20:43:38	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	10/09/2018 20:42:35	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
 Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.917.131

Não

VITORIA, 25 de Setembro de 2018

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br