

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FABIANA COSTA MACHADO ZACHARIAS

Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em um Centro de Saúde Escola no
interior de São Paulo

Ribeirão Preto

2013

FABIANA COSTA MACHADO ZACHARIAS

Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em um Centro de Saúde Escola no interior de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientador: Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Zacharias, Fabiana Costa Machado

Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em um Centro de Saúde Escola no interior de São Paulo. Ribeirão Preto, 2013.

116 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Pinto, Ione Carvalho.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Diabetes *mellitus*. 3. Avaliação de Processos e Resultados. 4. Sistema Único de Saúde. 5 Satisfação do usuário.

ZACHARIAS, Fabiana Costa Machado

Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em um Centro de Saúde Escola no interior de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

EPIGRAFE

*"Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério;
é que tem mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas, mais
esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no
meu coração do que medo na minha cabeça."*

Cora Coralina

DEDICATÓRIA

À minha amada filha, Sarah, que veio para irradiar alegria à minha vida. Participou do desenvolvimento deste estudo, sem nem mesmo saber falar e andar. Quietinha no carrinho, pelos corredores da faculdade, em reuniões e aulas.

Ao meu marido, Wolney, meu amor, que sempre me apoiou na busca dos meus sonhos, esteve ao meu lado incondicionalmente, incentivando e me fazendo acreditar ser capaz de enfrentar todos os obstáculos da vida. Exemplo de fé e perseverança.

Aos meus pais, Fábio e Cláudia, meu porto seguro, sempre me amparando, amo vocês.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto, querida orientadora, que me acolheu com todo carinho ainda na graduação, como aluna de iniciação científica. Tornou-se grande amiga, conselheira e companheira de todas as horas. Orgulho-me por ter seu nome marcado em meu trajeto acadêmico. Meu verdadeiro agradecimento.

À Prof^a Dr^a Maria Lúcia Zanetti, que compôs a banca examinadora de qualificação, e sempre me atendeu prontamente, trouxe-me valiosas considerações ao estudo. Muito obrigada.

Ao Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio, por todas as contribuições pertinentes no desenvolvimento deste trabalho, sobretudo pela disponibilidade em me atender, pelas inúmeras vezes que parou o que estava fazendo para me ouvir e aconselhar, pelo carinho e incentivo de sempre. Muito obrigada.

Ao Prof. Dr. Alexandre Fávero Bulgarelli que trouxe importantes contribuições no desenvolvimento deste estudo. Obrigada pela amizade sempre demonstrada.

À Prof^a Dr^a Carla Regina Souza Teixeira, obrigada pelo carinho, apoio e colaboração desde a graduação.

*Aos **professores** que passaram pela minha trajetória, em especial aos da FERP, que sempre me incentivaram e apoiaram a continuar nessa caminhada.*

Às minhas amigas, Mariana e Tânia, que trouxeram contribuições fundamentais para a finalização deste estudo.

A todos os participantes deste estudo, sem vocês nada seria possível.

*À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, **FAPESP**, pelo financiamento desta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar sempre o meu caminho, me dar forças para buscar meus ideais.

Aos amores da minha vida, Sarah e Wolney, obrigada pela compreensão, por abrirem mão de tantas coisas para que este estudo pudesse ser concluído.

Aos meus amados pais, Fábio e Cláudia, obrigada pela vida, por todos os ensinamentos, por me fazerem sentir uma pessoa especial.

Aos meus irmãos, Fábio Jr. e Fabrício (em memória), que sempre apostaram em mim, dando-me a responsabilidade de não decepcioná-los.

Aos meus queridos avós, em especial à vó Biúca (em memória), obrigada pelos ensinamentos, pelo apoio e exemplos de vida.

À minha sogra, d. Ivone, obrigada pelo incentivo de sempre e por me incluir em suas orações.

A todos meus familiares, que sempre torceram por mim, meus sinceros agradecimentos.

Aos meus queridos colegas de pós-graduação, especialmente Gabi, Jú, Tiemi, e Márcia que muito me auxiliaram nessa trajetória.

Às companheiras de pesquisa, Valéria, Lillian, Alba, Carla, Luana, Mariana e Tânia pelo apoio e contribuições ao estudo.

Às alunas de graduação, Brisa e Isabela. Vocês foram muito importantes para o desenvolvimento deste estudo.

À Juliane, Ludmilla, Mellina, Marcela, Isabela e Michelle, pela convivência e por compartilhar cada momento ao longo deste trabalho.

Aos queridos amigos, Verônica, Marcelo e João Marcelo, agradeço pela presença constante em nossas vidas ao longo dessa trajetória.

À coordenação e aos funcionários do Centro de Saúde Escola, meu respeito e agradecimento por toda colaboração.

À enfermeira Ivana Astolpho Gandra Passeri, pelos conhecimentos compartilhados desde a graduação, meu sincero agradecimento.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, meu muito obrigada.

A todos e a todas que, nesta ocasião deixo de citar, de um modo ou de outro, tornaram possível este trabalho.

RESUMO

ZACHARIAS, F. C. M. **Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em um Centro de Saúde Escola no interior de São Paulo**. 2013. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Trata-se de estudo avaliativo, fundamentado no referencial de avaliação de estrutura, processo e resultado, do tipo quantitativo descritivo de corte transversal com momento, no desenho da pesquisa, de sistematização e análise de dados qualitativos. Objetivou-se avaliar a atenção à saúde aos usuários com diabetes *mellitus* em um Centro de Saúde Escola em Ribeirão Preto, SP. Compuseram a amostra 150 sujeitos. Para coleta de dados, entre agosto e outubro de 2012, utilizaram-se prontuários e técnica de observação direta. No momento qualitativo foram entrevistados 20 sujeitos, pertencentes à amostra, por meio de entrevistas semiestruturadas. Utilizou-se estatística descritiva e teste qui-quadrado, considerando a Avaliação de Cuidados em Saúde proposta por Donabedian. Na análise das entrevistas, para compreensão da satisfação dos usuários, compondo a avaliação dos resultados, foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo na categoria Temática. Os resultados mostraram que a maioria dos usuários era do sexo feminino, na faixa etária de 50-59 anos; 56,6% eram acompanhados por médico especialista, 70,7% apresentavam duas ou mais comorbidades e 32,7% utilizavam a combinação de antidiabético oral e insulina. A estrutura física atende as recomendações preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde para atendimento aos usuários com diabetes *mellitus*. Os recursos materiais, medicamentos e insumos atendem as necessidades dos usuários. No processo, os registros eram predominantemente de profissionais médicos, sendo 3,3% de enfermeiros. No registro de atividades técnicas, o peso corporal foi o único parâmetro identificado na totalidade dos prontuários seguido de 85,3% da pressão arterial e 40% da altura. O cálculo do índice de massa corporal foi registrado em 31,3% dos prontuários e a medida da circunferência abdominal em 2,6%. O perfil glicêmico teve maior frequência de registro, seguido do perfil lipídico. Quanto às estratégias educativas para autocuidado verificou-se a ausência de registros detalhados nos prontuários e o registro de atividade física predominantemente referente à prescrição de caminhada. Nas consultas de enfermagem, predominaram orientações acerca do uso de insulina e nos atendimentos realizados por auxiliares e técnicos observou-se principalmente a verificação de peso na pré-consulta e orientação das prescrições e agendamento de retorno na pós consulta. No componente resultado, constatou-se o atendimento apenas da exigência do indicador LDL colesterol <100mg/dl. Houve associação estatisticamente significativa entre idade e hemoglobina glicada acima de 7% ($p=0,004$). Na avaliação da satisfação do usuário foram elaboradas duas categorias temáticas 1: a acessibilidade organizacional- a percepção do usuário e 2- o cuidado ao usuário com diabetes *mellitus*- a longitudinalidade em foco. No agendamento de retorno de consultas a maioria relatou insatisfação. No fluxo interno de atendimento pelos profissionais e a espera no serviço para consulta ou realização de exames foi identificada insatisfação. No acompanhamento observou-se que o usuário identificava o ambulatório de especialidades como fonte regular de cuidado. A

assistência prestada por diferentes profissionais a cada atendimento revelou-se como fragilidade do vínculo terapêutico. Considera-se o referido estudo como possível instrumento de avaliação no atendimento aos usuários diabéticos e na tomada de decisões para reestruturar o referido Centro em face às fragilidades constatadas.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde. Diabetes *mellitus*. Avaliação de Processos e Resultados. Sistema Único de Saúde. Satisfação do Usuário.

ABSTRACT

ZACHARIAS, F. C. M. **Assessment of diabetes *mellitus* care at a Teaching Health Center in the interior of São Paulo**. 2013. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

This evaluation study was based on the classical reference framework of structure, process and outcome assessment. The design was quantitative, descriptive and cross-sectional and involved the systemization and analysis of qualitative data. The objective was to assess health care delivery to diabetes mellitus patients at a Teaching Health Center in Ribeirão Preto/SP. The sample consisted of 150 subjects. Data were collected between August and October 2012, using patient files and the direct observation technique. In the qualitative phase, 20 sample subjects participated in semi-structured interviews. Descriptive statistics and the chi-square test were used, in view of Donabedian's Health Care Assessment. In the analysis of the interviews, Thematic Content Analysis was used. The results showed that most users were female, in the age range from 50 to 59 years; 56.6 % were being monitored by a specialist physician. 70.7% of the patients suffered from two or more comorbidities and 32.7% combined oral anti-diabetic medicines and insulin. The physical structure complies with the recommendations of the Brazilian National Health Surveillance Agency and the minimal team established by the Ministry of Health for care delivery to diabetes mellitus patients. The material resources, medicines and inputs attend to the users' needs. In the process, the records predominantly come from medical professionals, with 3.3% nurses. In technical records, body weight was the only parameter identified in all patient files, followed by 85.3% blood pressure and 40% height. In 31.3% of the files, the calculation of the body mass index was registered and, in 2.6%, the abdominal circumference measure. The glucose profile was more frequently registered, followed by the lipid profile. As regards the educative strategies for self-care, no detailed records were found in the files, while physical activity records predominantly related to the prescription of walking. During the nursing consultations, orientations about insulin use were predominant and, during care by auxiliary nurses and nursing technicians, the verification of the patient's weight predominated during the pre-consultation and orientations regarding prescriptions and scheduling of return appointments during the post-consultation. In the outcome component, only the requirement related to LDL cholesterol < 100mg/dl was complied with. A statistically significant association of more than 7% was found between age and glycated hemoglobin ($p= 0.004$). In the assessment of users' satisfaction, two thematic categories were elaborated 1: Organizational accessibility: the user's perception and 2: Care delivery to DM patients: a longitudinal focus. The majority reported dissatisfaction with regard to the scheduling of return appointments. Concerning the internal professional care flow and waiting times at the service to get a consult or take tests, dissatisfaction was mentioned. In terms of monitoring, the user identifies the specialty outpatient clinic as a regular source of care. The fact that the professionals delivering care differ between appointments revealed to be a weak point for therapeutic bonding. This study is considered as a possible assessment instrument in care delivery to diabetic

patients and in decision making with a view to the restructuring of the Center, considering the weak points identified.

Keywords: Health Services Evaluation. Diabetes *mellitus*. Process and Outcome Assessment. Unified Health System. Consumer Satisfaction.

RESUMEN

ZACHARIAS, F. C. M. **Evaluación de la atención de la diabetes *mellitus* en un centro de salud en São Paulo**. 2013. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Estudio evaluativo, basado en el referencial clásico de estructura, proceso y resultado, de carácter cuantitativo descriptivo de corte transversal con momento, en el diseño de la investigación, de sistematización y análisis de datos cualitativos. Destinado a evaluar la atención sanitaria a los usuarios con diabetes mellitus en un Centro de Salud de Ribeirão Preto / SP. La muestra consistió en 150 sujetos. Para la colección de datos, entre agosto y octubre de 2012, se utilizaron registros médicos y la técnica de observación directa. En la parte cualitativa fueron entrevistados 20 individuos de la muestra, a través de entrevistas semi-estructuradas. Se utilizó estadística descriptiva y la prueba de chi-cuadrado considerando la Evaluación en la Atención Sanitaria propuesta por Donabedian. En el análisis de las entrevistas realizadas para la comprensión de la satisfacción de los usuarios, en la evaluación de los resultados, se utilizó la técnica de análisis de contenido de la categoría temática. Los resultados mostraron que la mayoría de los usuarios eran mujeres, con edad entre 50-59 años, 56,6% fueron acompañados por médico especialista. 70,7% tenían dos o más comorbilidades y 32,7% utilizaron una combinación de antidiabético oral e insulina. La estructura física cumple con las recomendaciones emitidas por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria y el equipo mínimo establecido por el Ministerio de Sanidad para atender a los pacientes con diabetes mellitus. El material, medicamentos y suministros, atienden las necesidades de los usuarios. En el proceso los registros eran en su mayoría de profesionales médicos y 3,3% son de enfermeros. En el registro de actividades técnicas el peso corporal fue el único parámetro presente en todas las historias clínicas seguido por 85,3% de las tensiones arteriales y 40% de la talla. El cálculo del índice de masa corporal se registró en el 31,3% de las historias clínicas y la circunferencia de la cintura en 2,6%. El perfil glucémico apareció por más veces en los registros, seguido por el perfil lipídico. En cuanto a las estrategias de educación para el autocuidado hay una falta de registros detallados, y el registro de actividad física fue en su mayoría la prescripción para caminar. En el atendimento de enfermería se observó orientaciones para la insulina, en el atendimento de los auxiliares y técnicos se observó la verificación del peso en el pre atendimento y la orientación de las prescripciones y pedido de cita en el post atendimento. En el resultado, se encontró sólo el indicador de colesterol LDL <100mg/dl. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y la hemoglobina glucosilada hasta 7% ($p = 0,004$). En la evaluación de la satisfacción del usuario, se prepararon dos categorías temáticas: 1 La accesibilidad organizacional: la percepción del usuario y 2: Atención al usuario con DM: longitudinalidad de la atención en enfoque. En los pedidos de cita la mayoría demostró insatisfacción. En el flujo interno de atendimento por los profesionales y la espera por la cita o para realización de pruebas se identificó insatisfacción. En el seguimiento se observó que el usuario identifica el ambulatorio de especialidades como fuente regular de atención. La asistencia prestada por los diferentes profesionales ha demostrado una fragilidad en el vínculo terapéutico. Se considera el estudio como una posible herramienta para la

evaluación del servicio a los usuarios diabéticos y en la toma de decisiones para reestructurar el Centro en relación con las deficiencias encontradas.

Palabras clave: Evaluación de los Servicios de Salud. Diabetes *mellitus*. Evaluación de Procesos y Resultados. Sistema Único de Salud. Satisfacción del Usuario.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual de usuários com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, segundo variáveis demográficas e clínicas, Ribeirão Preto, SP, 2012.....	55
Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual de prontuários de saúde de usuários com diabetes mellitus tipo 2, segundo registros dos profissionais que compõem a equipe de saúde envolvida na assistência ao usuário com diabetes mellitus. Ribeirão Preto, SP, 2012.....	58
Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual de prontuários de saúde de usuários com diabetes mellitus tipo 2, segundo os registros de atividades técnicas: peso, pressão arterial, índice de massa corporal, circunferência abdominal. Ribeirão Preto, SP, 2012	59
Tabela 4 - Distribuição percentual de prontuários de usuários com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, segundo registro de exames laboratoriais. Ribeirão Preto, SP, 2012	59
Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual de prontuários de usuários com diabetes mellitus tipo 2, segundo indicadores de resultado da atenção em diabetes preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes. Ribeirão Preto, 2012.....	62
Tabela 6 - Fatores associados à hemoglobina glicada acima do valor 7%. Ribeirão Preto, SP, 2012.....	64

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Indicadores, exigência e pontuação a serem alcançados por programas de atenção em diabetes *mellitus* no Brasil: dados mínimos obrigatórios 29
- Quadro 2 - Modelo lógico de atendimento ao usuário com DM em UBDS, segundo o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes de Ribeirão Preto, SP, 2012..... 34

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - O impacto do diabetes *mellitus* 26
- Figura 2 - Distribuição geográfica das cidades que compõem a Divisão Regional de Saúde XIII (DRS XIII), segundo regiões..... 40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA	Associação Americana de Diabetes
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CA	Circunferência Abdominal
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional da Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CSE-FMRP	Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DRS	Divisão Regional de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HA	Hipertensão Arterial
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HDL-c	<i>High Density Lipoprotein</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corporal
LDL-C	<i>Low Density Lipoprotein</i>
MS	Ministério da Saúde
NPH	<i>Neutral Protamine Hadergon</i>
PA	Pressão Arterial
PE	Pernambuco
PRAHD	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i>
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes

SIICUSP	Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGD	Tolerância à Glicose Diminuída
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
M ²	Metros Quadrados
Kg	Quilograma
MG	Miligrama
MM	Milímetro
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	22
1	INTRODUÇÃO	24
1.1	ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA	24
1.2	POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O CUIDADO AOS USUÁRIOS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> NO BRASIL	27
1.3	AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE	30
1.4	HIPÓTESES DO ESTUDO	35
1.5	JUSTIFICATIVA.....	35
2	OBJETIVOS	38
2.1	GERAL	38
2.2	ESPECÍFICOS.....	38
3	PERCURSO METODOLÓGICO	40
3.1	TIPO DE PESQUISA	40
3.2	LOCAL DA PESQUISA.....	40
3.3	CENÁRIO DA PESQUISA	41
3.4	VARIÁVEIS DA PESQUISA	42
3.5	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	45
3.5.1	Estudo piloto	45
3.5.2	Fonte secundária – prontuários	45
3.5.3	Fonte primária – entrevista com usuários	47
3.5.3.1	<i>Sujeitos entrevistados</i>	48
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	49
3.6.1	Análise quantitativa	49
3.6.2	Análise qualitativa	50
3.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	51
4	RESULTADOS	54
4.1	CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS COM DIABETES TIPO 2 ...	54
4.2	COMPONENTE DE ESTRUTURA	55
4.3	COMPONENTE DE PROCESSO.....	58
4.4	COMPONENTE DE RESULTADO	61

5	DISCUSSÃO	69
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS COM DM2	69
5.2	COMPONENTES DE ESTRUTURA.....	72
5.3	COMPONENTES DE PROCESSO	77
5.4	COMPONENTES DE RESULTADO.....	86
5.5	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	91
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	98
	APÊNDICE A	108
	APÊNDICE B	109
	APÊNDICE C	110
	APÊNDICE D	111
	APÊNDICE E	112
	APÊNDICE F	113
	APÊNDICE G	114
	ANEXO A	116

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação volta-se ao estudo da avaliação de serviços de saúde, mais especificamente ao atendimento do usuário com diabetes *mellitus*¹ em um Centro de Saúde Escola.

A motivação para a escolha do objeto em estudo é decorrente da influência do cuidado ao usuário com condições crônicas na minha formação.

Durante a graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), as condições crônicas se apresentaram como temática constante nos cenários de prática. Isso suscitou questionamentos sobre o exercício da enfermagem e suas implicações na conjuntura de usuários com diabetes. Despertou-me o interesse por pesquisar mais profundamente o assunto. Para tanto, participei de projeto de extensão tendo, a oportunidade de atender, como bolsista de cultura e extensão, usuários com tal patologia, no ambulatório de especialidades de um Centro de Saúde Escola.

A temática despertou o meu interesse acadêmico de forma intensa, em que pude participar de palestras, estágios e eventos científicos, além dos cursos extracurriculares que contribuíram para o aprimoramento e desenvolvimento de alguns estudos. Aproximei-me da pesquisa por meio do projeto de Cultura e Extensão e de Iniciação Científica, em que desenvolvi estudo intitulado “Avaliação da Implementação do Programa de Diabetes do Município de Ribeirão Preto no Centro de Saúde Escola”. Meu interesse e dedicação ao tema renderam-me Menção Honrosa pela apresentação do estudo, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), no 17º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo (SIICUSP), além de convite para ministrar palestra sobre a temática, objeto de minha pesquisa, para alunos de graduação.

A partir de então, a motivação para continuar com essa temática no mestrado foi ganhando contornos, e hoje se materializam formalmente na presente dissertação, na qual oportunamente estão ostentados os objetivos traçados, o percurso metodológico e os resultados alcançados, a discussão e as considerações finais. Nessas últimas seções são discutidas as hipóteses levantadas na investigação.

¹ Neste trabalho será utilizado o termo “diabetes *mellitus*”

1 INTRODUÇÃO²

² Esta dissertação foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990).

Este primeiro capítulo foi dividido em três momentos sendo o primeiro a apresentação de uma revisão da literatura sobre atenção aos usuários com diabetes *mellitus* e os aspectos epidemiológicos da doença, o segundo sobre políticas de saúde para o cuidado aos usuários com diabetes *mellitus* no Brasil e o terceiro sobre avaliação de programas e serviços de saúde, a fim de se compreender o sentido e a importância da qualidade do atendimento ambulatorial aos usuários com diabetes *mellitus*.

1.1 ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM DIABETES *MELLITUS* E ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DA DOENÇA

As condições crônicas apresentam-se como agravos que têm período de duração mais ou menos longo e tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente (MENDES, 2008).

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2005), as condições crônicas constituem um problema de saúde global e se impõem como ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano contemporaneidade, recaindo especialmente sobre países de baixa e média renda.

As condições crônicas compõem rol de agravos prioritários na área da saúde no Brasil, sendo que estudos demonstram que 72% das mortes que ocorreram foram atribuídas às doenças cardiovasculares, ao diabetes, ao câncer, às doenças respiratórias crônicas e outras (BRASIL, 2011; SHIMIDT et al., 2011).

Dentre as condições crônicas está o diabetes *mellitus* (DM), que tem consumido parte dos recursos públicos na saúde pelo contingente de pessoas internadas em decorrência do agravamento da doença e por ser uma das doenças que tem levado a mortes prematuras no país (OLIVEIRA et al., 2009).

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o diabetes é definido como um grupo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção da insulina ou em ambas (SBD, 2013).

A classificação proposta pela OMS, Associação Americana de Diabetes (ADA) e SBD inclui quatro classes clínicas: o DM tipo 1 (DM1) e DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (SBD, 2013).

Dentre os casos de diabetes *mellitus*, 90 a 95% está sob a forma de DM2 que se caracteriza por deficiência na ação e secreção de insulina, sendo que a maioria dessas pessoas apresenta sobrepeso ou obesidade. Além disso, é geralmente diagnosticada após os 40 anos (SBD, 2013).

Schmidt et al. (2011) consideram que o diabetes, somado às doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas, foi responsável por 58% das mortes do Brasil, em 2007.

A mortalidade associada ao diabetes aumentou 8% de 2000 a 2007, segundo registros em certidões de óbito. Embora a prevalência crescente de diabetes provavelmente explique essa maior mortalidade, diagnósticos de melhor qualidade e mudanças nas práticas de relato também podem estar envolvidos (SCHMIDT et al., 2011).

Estimativas recentes do custo de tratamento ambulatorial dos pacientes com diabetes, no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, são da ordem de US\$2.108,00 por paciente, dos quais US\$1.335,00 são relativos aos custos diretos (BAHIA et al., 2011).

O Ministério da Saúde (MS) ressalta a importância de quantificar a prevalência de DM e o número de pessoas com diabetes no presente e no futuro, a fim de possibilitar o planejamento e distribuição de recursos de forma racional (BRASIL, 2006c).

Entre 1986 e 1988, estudo multicêntrico sobre prevalência de diabetes no Brasil, realizado em nove capitais, com 21.847 indivíduos entre 30 e 69 anos de idade, evidenciou a prevalência de 7,6% para o conjunto da amostra, sendo a prevalência da cidade de São Paulo estimada em 9,7%, a de maior valor entre as áreas estudadas (MALBERI; FRANCO, 1992).

Estudo transversal, para determinar a prevalência de diabetes e intolerância à glicose na população urbana, com amostra randomizada de 1.473 indivíduos, de 30 a 69 anos, em Ribeirão Preto, SP, teve como resultado as prevalências de diabetes e de intolerância a glicose de 12,1 e de 7,7%, respectivamente. Homens e mulheres apresentaram frequências semelhantes de diabetes (12,0 *versus* 12,1%) e intolerância à glicose (7,9 *versus* 7,3%) (TORQUATO et al., 2003).

Mais recentemente, estudo epidemiológico transversal foi realizado na cidade de Ribeirão Preto, SP, envolvendo 2.197 participantes, com mais de 30 anos, demonstrando prevalência local de diabetes como 15,02% (MORAES et al., 2010).

Em outro estudo, realizado em São Carlos, SP, entre agosto de 2007 e junho de 2008, com 1.116 voluntários, encontraram-se prevalências gerais de diabetes *mellitus* (DM) e tolerância à glicose diminuída (TGD) de 13,5 e 5%, respectivamente. O estudo encontrou associação entre DM e TGD e as variáveis idade, escolaridade, índice de massa corpórea e circunferência abdominal, porém, não houve associação entre DM ou TGD e as variáveis gênero, cor da pele e rendimento mensal (BOSI et al., 2009).

Assim, os estudos anteriores colocam em evidência o problema e, desse modo, a importância de estratégias para o atendimento das pessoas portadoras do diabetes de forma efetiva. Estudos epidemiológicos em todo o mundo revelam o significativo aumento da prevalência de DM e, ainda, que a maioria dos sistemas de saúde não tem acompanhado essa tendência, revelando-se bastante frágeis para lidar com o problema (BAHIA et al., 2011). Os mesmos autores evidenciam a necessidade de desenvolver e melhorar as intervenções de prevenção de diabetes e suas complicações, além de reorganizar os recursos para melhorar a eficácia dos cuidados de saúde no Brasil (BAHIA et al., 2011).

Um esquema elaborado por Ruffino-Netto (2000) para usuários com tuberculose, propicia a reflexão também sobre a atual conjuntura dos usuários com diabetes.

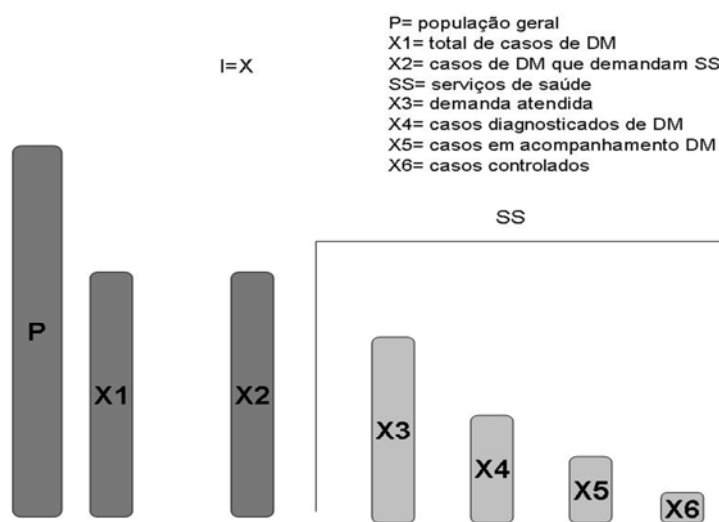


Figura 1 – O impacto do diabetes *mellitus*
Fonte: adaptado de Ruffino-Netto (2000).

A partir desse diagrama, poder-se-ia imaginar uma população P (Figura 1), em que existem X1 casos de diabetes *mellitus* em uma comunidade. Desses casos, apenas

X2 demandam assistência à saúde em um serviço de saúde. Essa demanda é explicada por determinantes geográficos, políticos, econômicos, educação em geral (sanitária em particular), antropológicos (religiosos, culturais) e conhecimento popular, mítico etc.

Dos pacientes que demandam os serviços de saúde (X_2), serão atendidos pelo sistema apenas X_3 . Essa absorção depende da organização dos serviços e da política de saúde vigente.

Dependendo da estrutura e processo dos sistemas e serviços de saúde, seja em equipamentos e/ou recursos humanos, X_4 casos serão diagnosticados como usuários com diabetes *mellitus*. Deve-se lembrar que, para essa condição crônica, os exames diagnósticos são relativamente simples, de baixa complexidade e de baixo custo, e facilmente podem ser integrados aos serviços gerais de saúde.

Após o diagnóstico X_4 , efetiva-se o início do acompanhamento da condição crônica, em X_5 que dependem da agilização dos serviços e da burocracia interna dos mesmos. Às vezes, a distância da residência do usuário é grande, dificultando seu retorno e, portanto, havendo a interrupção da atenção secundária.

Dos usuários que iniciam o tratamento X_5 , apenas X_6 tem o seu agravo mais efetivamente controlado. O desafio que se coloca é justamente equivaler X_6 à P, quando maior for a diferença entre eles, mais impactante será a doença na população, resultando assim em agudização, internações, mutilações e até óbitos. Portanto, a pesquisa tem como premissa o fortalecimento da atenção ao usuário com diabetes, a fim de que novos casos sejam descobertos mais precocemente na comunidade e, dessa forma, mais qualidade de vida.

1.2 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O CUIDADO AOS USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS NO BRASIL

O MS, por meio dos Cadernos de Atenção Básica, de DM, de hipertensão arterial (HA) e de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, além de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, apresentam políticas de saúde que preconizam o cuidado integral e de qualidade no atendimento visando a promoção da saúde e a vigilância às condições crônicas (BRASIL, 2006a, 2006b, 2006c, 2006d, 2006e).

Com o propósito de contribuir para a redução da morbimortalidade associada à HA e DM, o MS também elaborou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (PRAHD) no Brasil (BRASIL, 2001).

Esse Plano tem como metas o estabelecimento de diretrizes voltadas para o aumento da prevenção, detecção, tratamento e controle de agravos no âmbito da atenção básica do SUS.

Essa reorganização refere-se ao investimento da Atenção Primária à Saúde para a garantia do diagnóstico e favorecimento da vinculação do usuário às unidades de saúde, para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade aos usuários com diabetes (BRASIL, 2001).

Foi disponibilizado um sistema de informação, SIS-Hiperdia, para cadastramento de usuários com diabetes e/ou hipertensão, em base de dados nacional, em vigor desde 2002, que sistematiza os dados dos municípios (BRASIL, 2001). Dados de Ribeirão Preto registram apenas 837 diabéticos (tipo 1 e tipo 2), 8.236 hipertensos e 4.794 hipertensos e diabéticos até dezembro (BRASIL, 2012). No entanto, sabe-se que esses registros são subdimensionados, pois há restrições do uso do sistema.

Em Ribeirão Preto, SP, desde 2006 o Programa de Doenças Crônicas Degenerativas, da Secretaria Municipal de Saúde, no contexto dos programas de Saúde do Adulto, elaborou um Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes.

A elaboração desse Protocolo teve como objetivo sistematizar as ações em saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida do usuário e, no âmbito da gestão, reduzir gastos com hospitalização e procedimentos de alta tecnologia (RIBEIRÃO PRETO, 2006). No Plano Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto, no período 2010-2013, também está contemplada a atenção à saúde do adulto, que objetiva reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos relativos à HAS e DM (RIBEIRÃO PRETO, 2013). Tal plano prevê ações individuais e coletivas, buscando o diagnóstico precoce, estimulando hábitos e comportamentos saudáveis e promovendo monitoramento e controle do diabetes e hipertensão.

O Protocolo municipal aborda fluxo de atendimento dos usuários com HAS e DM nos serviços de saúde de Ribeirão Preto, SP, aponta a composição da equipe de atendimento nos diferentes níveis de complexidade, descreve competências e

atribuições de cada membro da equipe, lista os medicamentos padronizados, metas de controle e rotina de exames laboratoriais. Assim, é uma proposta de trabalho para ser realizada com equipe multiprofissional e, na versão atualizada, trazendo indicadores de qualidade dos serviços de saúde, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) e Ribeirão Preto (2011).

Tais indicadores foram definidos em 2009 para avaliação na atenção em DM no Brasil, destacando-se a hemoglobina glicada (HbA1c), a pressão arterial (PA), o colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-c), os lipídeos completos, o exame de fundo de olho, a educação contra o fumo e a avaliação da circunferência abdominal (CA), da função renal e dos pés (SBD, 2009), conforme quadro a seguir.

Indicador	Exigência mínima	Número de pontos
A1c >9%	Inferior a 20%	10
A1c <7%	Pelo menos 40%	5
PA <140/90	Pelo menos 65%	10
PA <130/80	Pelo menos 35%	5
Exame de olho	Pelo menos 60%	10
Educação contra fumo	Pelo menos 80%	5
Lipídeos completos	Pelo menos 85%	5
LDL-c <130 mg/dl	Pelo menos 63%	7,5
LDL-c <100 mg/dl	Pelo menos 36%	2,5
Homens <94 cm cintura	Pelo menos 50 %	
Mulheres <84 cm cintura	Pelo menos 50%	
Avaliação renal	Pelo menos 80%	10
Avaliação do pé	Pelo menos 80%	10
Total pontos		80
Pontos necessários para selo de qualidade da SBD		60

Quadro 1 – Indicadores, exigência e pontuação a serem alcançados por programas de atenção em diabetes *mellitus* no Brasil: dados mínimos obrigatórios

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2009).

Esse Protocolo vai ao encontro do que Mendes et al. (2010) traz quando menciona que, assim como os protocolos clínicos, também são importantes os protocolos de fluxo chamados linhas-guias ou diretrizes, que englobam os dois.

Na mesma direção, a Associação Americana de Diabetes (ADA) realiza regularmente revisão para o estabelecimento de padrões de cuidados médicos em diabetes, apontando estratégias mais eficientes para o cuidado baseado em evidências científicas. Em 2011, foram destacados três objetivos específicos em

relação a estratégias para melhorar o cuidado em diabetes, visando melhorar a qualidade do cuidado.

O primeiro, concernente a mudanças de comportamento dos gestores e equipes de saúde, no intuito de facilitar a intensificação de alterações no estilo de vida e/ou terapia medicamentosa para usuários que não atingiram os níveis desejáveis de Pressão Arterial, lipídeos, e/ou controle da glicemia. O segundo assinala a mudança de comportamento do indivíduo com diabetes, incluindo estilo de vida saudável (atividades físicas, alimentação saudável, não uso do tabaco, controle de peso e adesão ao uso de medicamentos); prevenção de complicações (avaliação dos olhos e pés, complicações renais e imunizações) e atingir níveis de pressão arterial adequada, lipídeos, glicose e metas. E o terceiro sinaliza para alteração do sistema de cuidado: estratégias adicionais para melhora do cuidado do diabetes (ADA, 2011).

Mais recentemente foi instituída a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS pelo MS, por meio da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, com a finalidade de realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2013). Isso demonstra a importância de estudos que abordem o atendimento aos usuários com diabetes *mellitus*, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado dispensado a esses indivíduos.

1.3 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Observa-se polissemia conceitual e diversidade de abordagens existentes para a avaliação. Isso reflete estágio incipiente de desenvolvimento da avaliação enquanto disciplina científica e a multiplicidade das possibilidades de recorte da realidade (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

O termo avaliação vem do latim *valere* e refere-se a valorar, atribuir certo valor ou mérito a um objeto (ESCOBAR, 2002).

Tanaka e Melo (2004) definem avaliação como um processo técnico administrativo, destinado à tomada de decisão, envolvendo momentos de “medir, comparar e emitir juízo de valor”.

Para Contandriopoulos (2006), avaliar consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de dispositivo capaz de fornecer informações científicas válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um de seus componentes.

Segundo Novaes (2000), mesmo que as avaliações, atualmente, sejam de interesse de gestores, a tomada de decisões vem acontecendo de forma ainda muito incipiente e periférica nos processos de mudança.

Neste presente estudo, utilizaram-se os conceitos de Avedis Donabedian (1980) para a avaliação dos componentes de estrutura, processo e resultado. O referido autor desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade. Esse instrumento pode ser útil para levantar dados sobre as condições estruturais dos serviços, as atividades e procedimentos e os resultados alcançados pelos serviços de saúde.

Donabedian (1980) entende por estrutura as características relativamente estáveis, dos provedores de atenção, dos instrumentos e dos recursos que têm ao seu alcance, bem como lugares físicos e organizacionais. Inclui, ainda, nesse conceito, os recursos humanos, físicos e financeiros que contribuem para a atenção médica.

Assim, neste estudo, avaliou-se a estrutura em relação aos recursos humanos, materiais, medicamentos e insumos para a atenção em DM.

O mencionado autor define processo como uma série de atividades desenvolvidas pelos profissionais e também pelos usuários. Para este estudo incluiu-se características da atenção à saúde desenvolvidas aos usuários com DM e respectivos registros de dados.

O resultado é definido por ele como seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos usuários que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN, 1980). Esse autor também traz que as atitudes do usuário, como, por exemplo, sua satisfação, o conhecimento adquirido sobre a sua saúde e a transformação do seu comportamento, relacionado à sua saúde, poderiam ser considerados como resultados na avaliação (DONABEDIAN, 1992).

Elegeu-se, para este estudo, indicadores de avaliação de resultados preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes, presentes no protocolo de

atendimento em hipertensão e diabetes e a satisfação dos usuários com DM, em relação ao cuidado prestado no CSE-FMRP/USP.

A satisfação do usuário é de fundamental importância como medida da qualidade da atenção, porque proporciona informações sobre o êxito do provedor em alcançar os valores e expectativas dos usuários (VAISTMAN; ANDRADE, 2005).

Gaioso (2007) mostra a importância de se dar voz ao usuário, expressando suas expectativas quanto ao uso do serviço, favorecendo, assim, um diálogo para a tomada de decisão, na direção de serviços voltados para atender as necessidades dos usuários.

Estudo realizado em município do Rio Grande do Sul, avaliou estrutura processo e resultado do cuidado ao usuário com diabetes atendidos no nível primário, e encontrou-se que a maioria dos serviços de saúde carece de requerimentos mínimos quanto à disponibilidade e à acessibilidade de insumos para o tratamento de DM, e os médicos entrevistados, em sua totalidade, não solicitavam todos os exames laboratoriais preconizados internacionalmente para o acompanhamento dos usuários. Observou-se, ainda, que, quando foram considerados os desfechos (Índice de Massa Corporal-IMC, glicemia ao acaso e pressão arterial) em conjunto, apenas 10,9% dos pacientes foram classificados como portadores de um controle aceitável, segundo critérios do MS (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

Outra investigação que avaliou os componentes estrutura, processo e resultado da atenção ao usuário com DM em uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) do município de Ribeirão Preto, SP, em que foram analisados, no ano de 2008, 138 prontuários, mostrou que, em relação à estrutura, os recursos físicos e materiais eram adequados. Quanto ao processo, as ações implementadas na assistência aos usuários com DM encontravam-se fragmentadas e quanto ao resultado mostrou que o local do estudo atendeu a exigência mínima para pontuação, em apenas um dos indicadores utilizados para o atendimento de usuários com DM. Concluiu-se que é preciso repensar o modo de organização do trabalho, tornando as ações de saúde comprometidas com prática equitativa de qualidade, que promova a comunicação entre os diversos profissionais envolvidos na atenção em diabetes e o cumprimento pleno de suas atribuições e competências (SILVA, 2009).

Mais recentemente outro estudo avaliou o componente resultado em um serviço de atenção secundária a usuários com diabetes *mellitus* tipo 2, tomando como indicadores os controles de PA, hemoglobina glicada e lipoproteína de baixa densidade, com base na consulta de 108 prontuários de usuários. Os resultados evidenciaram que 30,3% dos usuários alcançaram a meta para a hemoglobina glicada, 48,1% para a PA e 42,3% para a lipoproteína de baixa densidade, concluindo que os dados avaliados foram semelhantes aos encontrados em outras investigações internacionais e nacionais, com grande proporção de usuários com DM2 estudados apresentando controle dos níveis HbA1c, PA e LDL-c aquém do preconizado nos consensos (ALENCAR, 2013).

A avaliação no setor saúde não se restringe à verificação do cumprimento de objetivos propostos, porque até eles são matérias de avaliação, necessita-se avaliar constantemente os objetivos propostos para verificar se esses estão socialmente definidos e se estão de acordo com as aspirações e expectativas dos técnicos da área e dos usuários (DONABEDIAN, 1966).

A realização de uma avaliação exige criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção de critérios, indicadores e padrões, pois cada avaliação é um caso particular (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Para este estudo elaborou-se um modelo lógico (Quadro2) que serviu de referência para a avaliação dos indicadores de estrutura, processo e resultado, definidos na investigação. O Quadro 2 sintetiza os principais componentes de estrutura, processo e resultado proposto por Donabedian (1980), tomando como referência as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Desse modo, o mesmo contempla todas as características de um serviço, que deve “supostamente” funcionar considerando o protocolo de atendimento em diabetes e hipertensão do município.

Componentes	Estrutura	Processo	Resultado intermediário	Resultado Final
Atenção à saúde aos usuários com diabetes <i>mellitus</i> para todas as divisões.	Recursos Humanos Médico generalista Cardiologista Endocrinologista Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Farmacêutico Dentista Assistente social	AUXILIAR DE ENFERMAGEM <ul style="list-style-type: none"> • Verificar os níveis de PA, peso, altura, CA e glicemia • Agendar e reagendar consultas para os casos indicados • Registrar anotações em ficha clínica • Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência • Acolher o paciente diabético que procura a unidade sem agendamento prévio 	Assegurar que todos exames que avaliam presença de complicações crônicas e comorbidades sejam realizados Exame de olho, Perfil lipídico (HDL-c, LDL-c, Colesterol total) Glicemia jejum Glicemia pós-prandial Hemoglobina glicada Triglicérides Microalbuminúria	Cuidado/bem estar do usuário Satisfação do usuário Controle metabólico
	Recursos materiais Esfigmomanômetro para adultos e adultos obesos, fita métrica, balança, régua, glicosímetro, fita reagente, álcool, luvas, caixa para descarte de perfurocortantes.	ENFERMEIRO <ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar a equipe de enfermagem de forma permanente • Realizar consulta de enfermagem e nela verificar se foram realizados exames mínimos estabelecidos, além de realizar o exame dos membros inferiores para identificação do pé de risco, verificar glicemia capilar • Desenvolver atividades educativas de promoção da saúde (individuais ou em grupo) • Estabelecer, junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão • Orientar a manutenção da medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências • Encaminhar para consultas médicas trimestrais, os indivíduos diabéticos bem controlados • Acolher o paciente diabético e/ou hipertenso que procura a unidade sem agendamento prévio 		
	Medicamentos Insulina humana NPH-suspensão injetável 100UI/ml e insulina humana regular-suspensão injetável UI/ml Glibenclamida 5 mg comprimido; Glicazida MR 30 mg comprimido e Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido;	INsumos Seringa descartável de 1ml, c/ agulha fixa de 13 x 3,3 mm, em polipropileno, estéril. Graduada em 100 unidades, tiras reagentes de medida de glicemia capilar; lanceta para punção digital.		

Quadro 2 – Modelo lógico de atendimento ao usuário com DM em UBDS, segundo o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes de Ribeirão Preto, SP, 2012

Fonte: autoria própria.

1.4 HIPÓTESES DO ESTUDO

Assumiram-se as seguintes hipóteses:

- a atenção ao usuário com DM segue os padrões normativos da SBD e, assim, apresenta indicadores de estrutura, processo e resultado satisfatórios;
- a taxa de HbA1c abaixo de 7%, na amostra do estudo, está dentro das métricas preconizadas pela SBD;
- as variáveis demográficas e a condição de comorbidade estão associadas à taxa de HbA1c acima de 7%.

Para a análise da satisfação do usuário, pressupõe-se que o atendimento no ambulatório de especialidades corresponde às expectativas dos usuários com DM que utilizam o serviço.

1.5 JUSTIFICATIVA

A investigação se justifica pela necessidade de pesquisas de avaliação para certificar a qualidade da atenção aos usuários com diabetes *mellitus*, estando o estudo amparado por um referencial clássico de Donabedian (1980), que considera a estrutura, processo e resultado como constituintes da avaliação dos serviços de saúde, conformando-se, portanto, em objeto da presente investigação.

Esta investigação soma-se a outros estudos desenvolvidos nessa área, contribuindo, assim, para a produção de conhecimento, e, portanto possibilitando a melhoria do cuidado individual, coletivo e de gestão da saúde e da enfermagem. Uma outra contribuição pretendida é a própria interferência na formulação de políticas, a fim de que se tornem mais diretivas ao processo de formação de recursos humanos e para instituição de ambiência nos serviços de saúde, favorável ao acolhimento e vínculo das pessoas com essa condição crônica. Há que se acrescentar também sua relevância para a organização do sistema, porque os resultados aludidos na presente investigação poderão favorecer dispositivos que

permitam a interlocução entre os serviços, processos e pessoas, resgatando, dessa forma, o papel da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, mesmo nos serviços especializados.

Tem-se aí uma outra contribuição, que se refere à ressignificação de papéis e a definição de responsabilidades entre atores implicados nos diferentes serviços de saúde. A especialidade, cenário privilegiado no estudo, tem função significativa dentro de um sistema, e a pesquisa propicia reflexões nesse sentido. Resgatando as ideias de Pisco (2006), que traz a prerrogativa de um estudo de avaliação, de não diminuir a constatação de erros ou acertos, mas que seja interpretada como algo que possa produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria de qualidade dos cuidados prestados.

OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção à saúde aos usuários com diabetes *mellitus* em um Centro de Saúde Escola no Distrito Oeste de Ribeirão Preto, SP.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os usuários com DM2, segundo variáveis demográficas e clínicas;
- Analisar a estrutura física das áreas que apresentam relação direta com o atendimento aos usuários com DM, além dos recursos humanos e recursos materiais, necessários para o acompanhamento desses usuários no CSE-FMRP/USP;
- Analisar o processo por meio de registros das atividades técnicas e do atendimento aos usuários com DM, realizados por profissionais de saúde no CSE-FMRP/USP;
- Verificar a associação entre as variáveis hemoglobina glicada e as variáveis independentes sexo, idade e hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e cardiopatia;
- Analisar os indicadores de resultado da atenção em DM preconizados pela SBD e pelo Protocolo Municipal de Atendimento em Hipertensão e Diabetes;
- Analisar a satisfação do usuário com DM em relação ao atendimento no CSE-FMRP/USP.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de estudo do tipo avaliativo, quantitativo, descritivo de corte transversal, com um momento de sistematização e análise de dados qualitativos, para a satisfação do usuário, e que se pauta no referencial clássico de avaliação: estrutura, processo e resultado de Donabedian (1980).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, SP, que está localizado na região nordeste do Estado de São Paulo, a 313km da capital e a 706Km de Brasília. Sua população, estimada em 2010, foi de 604.682 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), em uma área de 650Km².

O município enquadra-se no grupo daqueles que apresentam bons níveis de indicadores sociais e econômicos. Sua economia baseia-se na agricultura (destaque para cana-de-açúcar), a indústria, atividades comerciais e prestação de serviços. Ressalta-se, também, que possui um dos principais centros universitários e de pesquisa do Estado e do País, consolidando, assim, a região como um dos principais polos de geração de tecnologia e mão de obra qualificada do país.

É um dos municípios que compõe a área de abrangência da Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS-XIII), conforme mapa a seguir.



Figura 2³ – Distribuição geográfica das cidades que compõem a Divisão Regional de Saúde XIII (DRS XIII), segundo regiões

³ Figura fornecida pela Equipe de Planejamento da Atenção Básica da DRSXIII

Foi habilitada em maio de 1998 a forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde, conforme Portaria GM nº 2553.

No segundo semestre de 2007, o município de Ribeirão Preto assinou o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, em substituição ao processo de habilitação anterior, esse termo foi renovado em 2010.

No Plano Municipal de Saúde 2010-2013, do município, ficou estabelecida a meta de redução das internações hospitalares no SUS, por diabetes, de 2,5 no ano 2010 para 2,3 no ano 2011, utilizando como indicador a taxa de internação por DM e complicações. Essa meta foi atingida alcançando 2,36/10.000 habitantes, segundo relatório anual de gestão 2012 (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

3.3 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário de investigação foi o ambulatório de Especialidades do Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado”, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O CSE-FMRP/USP está localizado na região oeste do município de Ribeirão Preto, desde sua inauguração em 1979.

A unidade de saúde funciona diariamente nas 24 horas do dia com atendimentos de Pronto Atendimento, e de 2^a a 6^a feira prestando assistência das 7 às 20h nas seguintes especialidades: cardiologia, dermatologia, lipodistrofia, eletrocardiograma, fonoaudiologia, infectologia, oftalmologia, programa de hanseníase, psicologia, radiologia, serviço social, mastologia, cirurgia ginecológica, infertilidade, pneumologia, geriatria, cirurgia ambulatorial, endocrinologia, alergologia (pediatria/ adulto), neurologia, reumatologia, psiquiatria e ortopedia.

Além dessas especialidades, há atendimento médico realizado por alunos do 5º ano de graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ambulatório Integrado. Essa assistência ambulatorial é parte de estágio que objetiva atuar em unidade de saúde, na assistência integral contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população, visando, também, trabalhar, de forma integrada e colaborativa, com os demais componentes da equipe de saúde para detectar e intervir em fatores de risco, aos quais a população está exposta, e promover a saúde da população (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), 2013a).

A EERP está inserida nesse cenário com alunos do 4º ano em estágio que objetiva desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes na área de competência do cuidado individual, coletivo e da organização/gestão do cuidado integral com ênfase nos serviços de saúde da atenção básica, por meio da inserção do estudante no contexto da Atenção Básica, considerando as políticas de saúde e os grupos prioritários por elas definidos (USP, 2013b).

Os bairros de abrangência dessa distrital são: Sumarezinho, Alto do Ipiranga, Vila Amélia, Cidade Universitária, parte da Vila Monte Alegre, *Campus* Universitário da USP, Jardim Emir Garcia, Jardim Mário Paiva Arantes, Jardim Paiva e Jardim Dr. Paulo Gomes Romeo.

No CSE-FMRP/USP, a assistência à saúde se realiza por meio da Atenção Básica, Atenção Especializada e Pronto Atendimento (PA).

A Atenção Básica compreende as seguintes áreas: Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Vigilância à Saúde, Vacinação, Saúde Bucal, Atenção e Cuidados de Enfermagem, Farmácia Básica, Curativos e Pequenos Procedimentos Cirúrgicos e Assistência Social.

O atendimento especializado é realizado no CSE-FMRP/USP em algumas especialidades de maior demanda, para os usuários de todo o Distrito de Saúde Oeste, dentre elas endocrinologia, cardiologia e oftalmologia.

Os usuários são atendidos por meio de referência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do distrito e de demandas do ambulatório de especialidades. Usuários que necessitam de atendimento especializado de áreas não constantes do CSE-FMRP/USP são encaminhados para outros níveis de assistência, ambulatoriais e hospitalares, que compõem o SUS.

3.4 VARIÁVEIS DA PESQUISA

Para as variáveis a seguir, foram considerados os registros em prontuário de saúde dos usuários com DM, no período de julho de 2011 a junho de 2012.

Categorização do usuário com diabetes *mellitus*

Variáveis demográficas

Sexo: foram considerados os sexos, masculino e feminino

Idade: foi considerada a data de nascimento

Variáveis clínicas

Tempo da doença: foi considerado o tempo de doença

Comorbidades: foram consideradas comorbidades hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, cardiopatia

Tipo de tratamento: foi considerado o tipo de tratamento medicamentoso e não medicamentoso

Tipo de acompanhamento médico: foi considerado o tipo de acompanhamento médico ambulatorial.

Estrutura

Estrutura física: foram considerados os espaços físicos onde há atendimento ao usuário com diabetes no ambulatório de especialidades

Recursos humanos: foram considerados os profissionais que tenham registrado atendimentos relacionados ao cuidado em diabetes

Recursos materiais, medicamentos e insumos: foi considerada a disponibilidade de materiais utilizados para atendimento de diabéticos seguindo o protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes da Secretaria Municipal de Saúde, a saber: esfigmomanômetro para adultos e adultos obesos, fita métrica, balança, régua, glicosímetro, fita reagente, álcool, luvas, além de caixa para descarte de perfurocortantes. Para medicamentos foram considerados insulina humana NPH-suspensão injetável 100UI/ml e insulina humana regular-suspensão injetável UI/ml e os antidiabéticos orais: glibenclamida 5mg comprimido; glicazida 30mg comprimido e cloridrato de metformina 850mg comprimido; para insumos: seringa descartável de 1ml, com agulha fixa de 13 x 3,3mm, em polipropileno, estéril. graduada em 100 unidades, tiras reagentes de medida de glicemia capilar, lanceta para punção digital.

Processo

Número de atendimentos em saúde: foi considerado o número total de registros de consultas médicas e de atendimentos em saúde, realizados aos usuários com diabetes

Atividades técnicas: foram considerados os registros de aferição do peso, da altura, do índice de massa corpórea, da pressão arterial, da circunferência abdominal e solicitação dos exames laboratoriais para o tratamento do DM2

Avaliação oftalmológica: foi considerado o registro de avaliação oftalmológica

Avaliação dos pés: foi considerado o registro de avaliação dos pés

Ações educativas individuais ou com a comunidade: foi considerado o registro de estratégias educativas, individual ou em grupo.

Resultado

Foram considerados indicadores de desempenho dos programas de atendimento ao usuário com diabetes, segundo a SBD e o protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes de Ribeirão Preto, em relação ao total de sujeitos do estudo.

HbA1c >9%: número total de usuários com DM que apresentaram registro de valor de HbA1c maior que 9% como resultado da última avaliação laboratorial.

HbA1c <7%: número total de usuários com DM que apresentaram registro de valor de HbA1c menor que 7% como resultado da última avaliação laboratorial.

PA <140x90mmHg: número total de usuários com DM que apresentaram a média dos valores de pressão arterial, obtidos nos últimos três atendimentos de saúde, registrados, menor que 140x90mmHg. É importante ressaltar que, para aqueles usuários que apresentaram somente duas consultas no período, realizou-se a média dos valores desses atendimentos, no período de referência.

PA <130x80mmHg: número total de usuários com DM que apresentaram a média dos valores de pressão arterial obtidos nos últimos três atendimentos de saúde, registrados maior que 130x80mmHg.

Exame de olho: número total de usuários com DM que apresentaram pelo menos um registro de avaliação oftalmológica no período de referência.

Lipídeos completos: o número total de usuários que apresentaram registro de colesterol total, HDL-c, LDL-c e triglicérides.

LDL-C < 130mg/dl: foi considerado número total de usuários com resultado de exame de LDL-C < 130mg/dl.

LDL-C < 100 mg/dl: foi considerado número total de usuários com registro de resultado de exame de LDL-C < 100mg/dl.

CA Homem < 94cm: foi considerado número total de usuários do sexo masculino com registro de resultado de CA menor que 94cm.

CA Mulher < 84cm: foi considerado número total de usuários do sexo feminino com registro de resultado de CA menor que 84cm.

Avaliação dos pés: foi considerado o número total de usuários que apresentaram registro de avaliação dos pés no prontuário de saúde.

Satisfação do usuário: Foram considerados relatos de usuários com DM em relação ao atendimento no ambulatório de especialidades do CSE-FMRP/USP.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

3.5.1 Estudo piloto

Para realização do estudo piloto, foram analisados 12 prontuários de usuários com DM2 que passaram por atendimento durante uma semana. Destes, 2 foram sorteados aleatoriamente e entrevistados. Estes sujeitos não fizeram parte do estudo, visto que seus dados foram utilizados para estimar tempo de coleta de dados e adequação de instrumentos de coleta de dados nos prontuários de saúde, bem como aprimoramento do roteiro de entrevista semiestruturada.

3.5.2 Fonte secundária – prontuários

Foi realizada uma busca no período de 1 de agosto a 30 de outubro de 2012 aos prontuários dos usuários com DM, atendidos no ambulatório de especialidades do CSE-FMRP/USP.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: usuários com diagnóstico médico de DM2, registrado no prontuário de saúde; usuários com DM2 com registro de, pelo menos, uma ou mais consultas médicas por ano, no período junho de 2011 a junho de 2012. O critério de frequência dos usuários às consultas médicas baseou-se no referido protocolo que preconiza a frequência de, pelo menos, duas consultas médicas por ano aos usuários cadastrados (RIBEIRÃO PRETO, 2011). E

excluíram-se: os prontuários de usuários com diagnóstico médico de DM1, registrado no prontuário de saúde. Essa exclusão se deveu aos virtude dos indicadores de resultado da atenção em DM, definidos pela Sociedade Brasileira de Diabetes, referirem-se a portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 (SBD, 2009); prontuários de usuários com DM2 sem registro no período de junho de 2011 a junho de 2012; prontuários de usuários que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mas o prontuário não foi localizado no arquivo por mais de três tentativas e prontuários de usuários que não possuísem registro de exame de hemoglobina glicada. Essa exclusão foi em virtude da análise da associação entre hemoglobina glicada e variáveis demográficas e comorbidades.

Nessa busca, obtiveram-se de todos os usuários com diabetes *mellitus*, atendidos nesse período, os dados relativos aos registros de atendimentos e registros de exames laboratoriais.

Como o serviço não dispõe de registro específico para usuários com diabetes e o cadastramento do programa Hiperdia do Ministério da Saúde está com dados desatualizados no município, o pesquisador permaneceu no local do estudo durante três meses, abordando todos os usuários com diabetes *mellitus* que compareceram para atendimento consulta médica no ambulatório de especialidades do CSE-FMRP/USP, nesse período. Os usuários com diabetes *mellitus* foram convidados a participar da investigação e foram esclarecidos quanto à natureza e objetivos do estudo. Após a concordância dos sujeitos, foi solicitada a assinatura do TCLE, para utilização dos dados de prontuário de saúde.

Após a assinatura do TCLE iniciou-se a busca nos prontuários de saúde dos 194 usuários que passaram por atendimento no período de coleta entre 01 de agosto e 30 de outubro. Desses foram excluídos 5, por serem usuários com DM1, 8 por iniciarem acompanhamento médico em 2012, 17 por não possuírem registros de atendimento no período entre julho de 2011 e junho de 2012, 6 por não se ter localizado o prontuário no arquivo em três tentativas e 2 por recusarem a participar do estudo. Contou-se, dessa maneira, com 156 sujeitos no estudo. Desses foram excluídos 6 por não possuírem registro de hemoglobina glicada. A amostra do estudo ficou composta, então, por 150 sujeitos.

Em relação ao componente estrutura, a coleta de dados foi realizada com o auxílio de *check-list*, contendo os recursos humanos, recursos materiais, medicamentos e insumos, adaptado de Silva (2009) (APÊNDICE D).

Na estrutura foi abordada a questão da estrutura físico-funcional, por meio de observação do local de estudo, seguindo a RDC nº 50, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2002), o conceito de ambiência recomendado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e para os recursos humanos e materiais, medicamentos e insumos seguiu-se o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes do município de Ribeirão Preto.

Para o componente processo foi feita observação simples e coleta de dados contidos no prontuário de saúde dos sujeitos do estudo, contendo aspectos do processo de atendimento aos usuários com diabetes *mellitus*, realizado pela equipe de enfermagem, instrumento adaptado de Silva (2009) (APÊNDICES E, F e G).

Para o componente resultado, em um primeiro momento foram coletados dados do resultado de parâmetros clínicos e exames laboratoriais, preconizados pelas Diretrizes da SBD (2009) e incluídos no Protocolo Municipal de Atendimento em Hipertensão e Diabetes 2011. Tais dados foram obtidos dos prontuários de saúde dos usuários com DM do Centro de Saúde Escola, que tinham registros de acompanhamento da equipe multiprofissional, no segundo semestre de 2011 e primeiro semestre de 2012 (APÊNDICE G).

3.5.3 Fonte primária – entrevista com usuários

Para dados de resultados considerando a satisfação do usuário, realizou-se uma imersão ao campo de investigação e, pela técnica da observação simples, utilizando o espaço em que os usuários aguardavam para consulta médica, identificaram-se os usuários com diabetes *mellitus*. Desses, foram sorteados, de forma aleatória, 20 usuários para serem entrevistados, sendo entrevistado um usuário por período de coleta. O sorteio foi realizado diariamente, mediante a lista de atendimento ambulatorial, sendo escolhido dentre os usuários aqueles que estivessem no serviço aguardando para consultas médicas, considerando a disponibilidade de sala do serviço para realização da entrevista, visando a privacidade e individualidade dos sujeitos.

Houve convite para participar do estudo, esclarecendo a natureza da pesquisa, seus objetivos e que as entrevistas seriam gravadas e transcritas na íntegra (APÊNDICE

C). Quando concordaram com a sua participação, a entrevista foi realizada no período que antecedeu a consulta, pela própria pesquisadora, a fim de equacionar o tempo de permanência no serviço e minimizar possíveis transtornos de tempo e pessoal.

Os dados foram coletados a partir de um roteiro norteador (APÊNDICE A), por meio de entrevista semiestruturada, conduzida com base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, a partir da qual o entrevistador, ou o entrevistado, pode divergir, a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes (POPE; MAYS, 2005). Foram abordadas questões relativas à satisfação do usuário em relação ao atendimento recebido no CSE-FMRP/USP.

As entrevistas foram realizadas em consultórios médicos, disponíveis no serviço de saúde, a fim de garantir privacidade e o mínimo de desconforto durante a conversa. Cabe ressaltar que os 20 entrevistados são parte dos 150 sujeitos, os quais tiveram os prontuários analisados.

3.5.3.1 *Sujeitos entrevistados*

Usuários com diagnóstico de DM, confirmados em prontuários de saúde, adultos e idosos, de ambos os sexos.

Os critérios de inclusão dos sujeitos: usuários maiores de 18 anos, com diabetes *mellitus* tipo 2, em seguimento no ambulatório de endocrinologia e/ou na clínica médica do CSE-FMRP/USP há pelo menos um ano e que moram há mais de um ano na área de abrangência do distrito.

Os critérios de exclusão dos sujeitos foram: apresentar sinais e/ou sintomas de confusão mental ou embriaguez.

No que se refere aos riscos, pode-se dizer que há risco remoto de cansaço e fadiga pelo usuário durante a entrevista que pode se tornar extensa, no entanto, foi dito ao usuário que ele poderia solicitar a qualquer momento que a entrevista fosse interrompida. Para minimizar esses riscos a entrevista foi realizada de forma que permitisse o mínimo de desconforto durante sua realização, sendo que o usuário permaneceu sentado, além disso, poderia interromper a entrevista se houvesse algum incômodo, podendo remarcar a continuação da entrevista ou não. Os benefícios foram

direcionados aos usuários com diabetes *mellitus*, considerando que essa pesquisa produziria conhecimento sobre o atendimento recebido por esses usuários e suas inter-relações com as características da estrutura física oferecida para o usuário com diabetes, incluindo o processo de acompanhamento e os resultados desse, além da satisfação do usuário com o atendimento e, posteriormente, para melhor adequar as possibilidades de atender as necessidades do usuário.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

3.6.1 Análise quantitativa

Para a organização dos dados quantitativos, foi realizada codificação das variáveis do formulário para registro de dados do prontuário de saúde, e elaborado um dicionário de dados com essas codificações. Esses dados foram digitados em planilha formato Excel, para a qual utilizou-se a técnica da dupla digitação, a fim de minimizar erros sistemáticos.

O plano analítico deste estudo se deu em dois momentos. Inicialmente procedeu-se à análise univariada com cálculo de frequência das variáveis de estrutura e processo. Para a variável idade foram calculadas as medidas de tendência central média e mediana. Na sequência, procedeu-se à análise bivariada, efetuada pelo cruzamento da variável dependente, dicotomizada (hemoglobina glicada abaixo de 7%, igual ou acima de 7%), com as variáveis independentes sexo, idade, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e cardiopatia, sendo aplicado o teste qui-quadrado, com correção de Yates ou uso do teste exato de Fisher, se necessários. Assumiram-se para os testes as seguintes hipóteses:

H_0 : as variáveis hemoglobina glicada, sexo, idade e hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e cardiopatia são independentes;

H_1 : a variável hemoglobina glicada é dependente das variáveis sexo, idade e hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e cardiopatia. Adotou-se para a investigação a probabilidade de erro tipo I de 5%.

Na organização dos dados referentes à estrutura física, foi feita a descrição e categorização das áreas de atendimento do usuário com diabetes, segundo a RDC nº 50, que dispõe sobre a organização físico-organizacional de estabelecimentos de saúde (ANVISA, 2002). Dados referentes aos recursos humanos e materiais, medicamentos e insumos também foram descritos, segundo a presença de itens necessários para a avaliação e o seguimento do usuário com diabetes, de acordo com o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes do Município de Ribeirão Preto 2011.

Os dados referentes ao componente resultado foram confrontados com padrões básicos exigidos pela Sociedade Brasileira de Diabetes, já destacadas anteriormente (Tabela 1). Para o cálculo do percentual, considerou-se, no numerador, o total de sujeitos do estudo e, no denominador, o número de sujeitos que atendiam o padrão do indicador.

3.6.2 Análise qualitativa

Após transcrever as entrevistas, os dados foram gerados por meio de um banco de dados com o uso do *software* Atlas ti, versão 7.0, mediante a criação da *Hermeneutic Unit*, em que foram inseridas as 20 entrevistas. Posteriormente, a minuciosa leitura das entrevistas, foi realizada a codificação do material empírico, das entrevistas, de modo a apreender os elementos que se integravam ao objeto do estudo, para tal foram criados 12 códigos⁴.

Após a elaboração dos códigos, foram abertas uma a uma as entrevistas sendo codificadas por meio de sublinhamento dos fragmentos, podendo esses receberem mais de um código. Ao final da codificação do material, foram gerados relatórios constando separadamente os fragmentos correspondentes a cada código com a sinalização da entrevista correlativa.

Na análise dos dados da dimensão resultado, satisfação, foi adotada a técnica da Análise de Conteúdo, modalidade temática. Todo material coletado foi

⁴ Vínculo com equipe de enfermagem; vínculo com médico; tempo de espera para consulta; agendamento de consultas e retornos; acesso a medicamentos; acesso a realização de exames laboratoriais; acesso a resultados de exames laboratoriais; cadastramento do usuário nos sistemas de informação; trabalho humanizado; ambiência; fluxo interno de atendimento; atribuição profissional/governabilidade.

lido exhaustivamente e discutido, com análise das falas fazendo aproximações de ideias e marcação dos fragmentos de respostas, localizando as ideias centrais.

De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que estão em constante aperfeiçoamento e se aplicam a conteúdos de discursos diversificados. É um conjunto de técnicas de análise das comunicações. O objeto dessa técnica é a palavra. A análise de conteúdo leva em consideração as significações (conteúdo) e trabalha com a palavra e com essas significações. O seu material principal é o significado.

As diferentes fases da análise de conteúdo se organizam em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

Parte-se do pressuposto de que a análise temática consiste em descobrir as ideias centrais que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Na pesquisa qualitativa, a análise temática se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado através de uma palavra, uma frase ou um resumo (MINAYO, 2010).

Para a análise temática, foram seguidas três etapas divididas em organização dos dados, considerando os objetivos da pesquisa e organizando o material, de forma a responder as questões de validade quanto à exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; exploração do material empírico, com leitura exaustiva dos registros, codificação dos dados, separação dos fragmentos de acordo com as convergências, divergências e o que fosse inusitado e a classificação e agregação dos dados em temas.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) com CAAE: 02446112.9.0000.5393, em 27 de junho de 2012, e a liberação para entrada em campo foi fornecida pela Direção Acadêmica do CSE-FMRP/USP, atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas

Envolvendo Seres Humanos, aprovadas pela Resolução CNS nº 196/96 (BRASIL, 1996). Para a pesquisa foram elaborados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B e C), apresentados a cada sujeito (usuários com diabetes *mellitus*), em linguagem acessível e clara, contendo os objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta de dados e utilização dos mesmos, além disso, foi garantido o anonimato e esclarecido que somente participaria da pesquisa aqueles que aceitassem, mediante assinatura do TCLE, e que todo material ficaria guardado em local seguro, sob responsabilidade da pesquisadora. Todos os participantes receberam uma cópia do TCLE assinada, ficando a outra via retida com o pesquisador.

4 RESULTADOS

Os resultados estão organizados da seguinte forma: apresenta-se a caracterização dos usuários; componente estrutura, sendo estrutura física organizacional, recursos humanos e materiais; componente processo sendo registros de atendimento pela equipe de saúde, registros de atividades técnicas desempenhadas pelos profissionais e registro de exames laboratoriais e componente resultado sendo indicadores de qualidade de atenção da SDB, além de associação entre variável hemoglobina glicada e sexo, idade, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e cardiopatia as categorias analíticas na temática da satisfação do usuário com diabetes *mellitus*, de acordo com a análise qualitativa da variável.

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS COM DIABETES TIPO 2

Ao se caracterizar o perfil dos usuários com diabetes *mellitus* que faziam seguimento ambulatorial no CSE-FMRP/USP, quanto ao sexo, 90 (60,0%) dos sujeitos do estudo eram mulheres e 60 (40,0%) homens. A média entre as idades foi de 49,10 anos, variando entre 27 e 88 anos. A faixa etária com maior número de sujeitos foi a de 50 a 59 anos, 32% da amostra.

Quanto ao tipo de acompanhamento médico ambulatorial, 75 (50,0%) foram realizados por endocrinologistas. Em relação à presença de registro de comorbidades, encontraram-se duas comorbidades em 58 (38,7%) da amostra e aqueles com três ou mais comorbidades 48 (32%), ainda 19 (12,6%) dos prontuários não apresentavam registros de comorbidades.

Quanto ao tipo de tratamento medicamentoso, 63 (32,7%) utilizam insulina e antidiabético oral e 13 (8,6%) faziam tratamento não medicamentoso.

Foi verificado o tempo de doença registrado no prontuário de saúde, e encontrou-se esse dado em apenas 8 (12,0%) dos prontuários. Nos prontuários que continham o registro, o tempo de doença variou entre 2 e 26 anos.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual de usuários com diabetes *mellitus* tipo 2, atendidos no Centro de Saúde Escola, segundo variáveis demográficas e clínicas, Ribeirão Preto, SP, 2012.

Variável	n	%
Idade		
≤39	33	22,0
40- 49	43	28,7
50- 59	48	32,0
60- 69	16	10,7
>70 anos	10	6,6
Sexo		
Feminino	90	60,0
Masculino	60	40,0
Acompanhamento médico		
Generalista	28	18,7
Endocrinologista	75	50,0
Cardiologista	10	6,6
Outro	4	2,7
Mais que um profissional	33	22,0
Comorbidades		
Hipertensão arterial	14	9,3
Dislipidemia	5	3,3
Obesidade	4	2,7
Cardiopatía	1	0,7
Outra	1	0,7
Duas comorbidades	58	38,7
Três ou mais comorbidades	48	32,0
Nenhuma ou sem registro	19	12,6
Tratamento		
Insulina	25	16,7
Antidiabético oral	63	42,0
Insulina e antidiabético oral	49	32,7
Não medicamentoso exclusivo	13	8,6

Fonte: dados da pesquisa.

4.2 COMPONENTE DE ESTRUTURA

Quanto ao componente de estrutura, será apresentada a caracterização da estrutura física, de acordo com organização físico-funcional dos espaços em que ocorrem atendimento ambulatorial da unidade de saúde CSE-FMRP/USP, bem como a descrição dos recursos humanos, recursos materiais, medicamentos e insumos disponíveis para o atendimento do usuário com DM.

No CSE-FMRP/USP, a área de atendimento em regime ambulatorial funciona no horário das 7 às 17h, possui porta de entrada da população distinta, separadamente da porta de entrada do setor de Urgência e Emergência e da entrada de funcionários.

Não foram contemplados os espaços de atendimento imediato (urgência e emergência), que ocorrem em prédio anexo ao ambulatório de especialidades.

O setor de ambulatórios é dividido em dois grandes corredores no térreo com 30 salas para atendimento médico em diversas especialidades (cardiologia, dermatologia, endocrinologia, neurologia, oftalmologia, infectologia, geriatria, ambulatório antitabagismo, entre outras); duas salas para atendimento da pré e pós-consultas médica; um consultório para atendimento de enfermagem; um para atendimentos de psicologia; duas salas de coleta de material biológico (uma para o HC-FMRP-USP e outra para a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto); uma sala para o centro de testagem e aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis, e uma para o Serviço de Assistência Domiciliar. Nesse mesmo setor, são realizados exames de eletrocardiograma, espirometria e triagem neonatal, além do espaço destinado à sala de vacinas e outro à assistência farmacêutica. Essa atende das 7 às 22h. No andar superior, existem cinco consultórios para atendimento em ginecologia e obstetrícia (atendimento básico e especializado), uma sala para pré e pós-consultas da GO, e consultórios para atendimento em odontologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social e administração. Acoplado ao prédio do Pronto Atendimento, a Unidade conta ainda com consultórios para atendimento em ortopedia, fisioterapia e cirurgia ambulatorial, e exames de radiologia, atendendo encaminhamentos de todas as unidades de saúde vinculadas ao Distrito de Saúde Oeste.

Ao verificar o fluxo de atendimento, percebe-se que se inicia na sala de pré-consulta pela equipe de enfermagem. Após esse atendimento, o usuário aguarda, sentado, nos corredores, próximo à sala em que será atendido. Nos corredores há bancos em alvenaria que nem sempre são suficientes para o número de usuários que circulam no local. O atendimento médico é realizado em consultórios e, posteriormente o usuário é encaminhado à sala de pós-consulta com equipe de enfermagem para orientações e marcação de retorno. Quando necessário, alguma orientação mais detalhada e específica passa por consulta com enfermeiro, ou

agenda-se essa consulta. Após as orientações, geralmente o usuário já passa pela farmácia para retirada de medicamento e insumos.

O tempo de espera do usuário com diabetes *mellitus* para consulta variou de 20 minutos a 3 horas.

Nas salas de pré e pós consulta, foi percebido que mesmo possuindo sistema de chamada por senha eletrônica, há interferência devido à entrada e à saída de profissionais e usuários durante o atendimento. Esse fato ocorre principalmente na sala de pós-consulta, onde até três profissionais atendem os usuários, em mesas distintas, ao mesmo tempo. O consultório de enfermagem, localizado ao fundo da sala de pós-consulta tem acesso dificultado, além da privacidade diminuída, visto que é grande o fluxo de pessoas na sala de pós-consulta.

Para o atendimento na farmácia, há sistema de chamada por senha eletrônica. O usuário permanece sentado em cadeiras aguardando o atendimento. No interior da mesma, o ambiente é climatizado e todo o atendimento é realizado em “boxes” individuais, nos quais os usuários são orientados e recebem medicamentos e insumos. Geralmente, após a retirada dos medicamentos e insumos na farmácia, os usuários deixam a unidade.

Outro aspecto do componente estrutura que se refere aos recursos humanos, identificaram-se nos registros dos prontuários quais eram os profissionais de saúde envolvidos no cuidado desses usuários como: cardiologistas, endocrinologistas, clínico geral, oftalmologista, geriatras, residentes da clínica médica e endocrinologia, nutricionistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Percebeu-se que os registros dos farmacêuticos constam apenas no sistema Hygia (sistema de informação utilizado pela SMS do município), não constando esse registro em prontuário físico de saúde. Também não foram identificados registros de dentistas e assistentes sociais nos prontuários analisados, embora esses profissionais façam parte da equipe de saúde do serviço.

Há, nesse serviço, a colaboração de profissionais em aprimoramento por meio de um programa da Secretaria de Saúde do município, além de um grupo de educação em diabetes *mellitus* sob a coordenação de docente da EERP-USP, com encontros semanais.

Foi considerada a disponibilidade de materiais utilizados para atendimento de diabéticos seguindo o protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes da SMS 2011.

A saber: esfigmomanômetro para adultos e adultos obesos, fita métrica, balança, régua, glicosímetro, fita reagente, álcool, luvas além de caixa para descarte de perfurocortantes. Para os medicamentos, foram considerados insulina humana NPH-suspensão injetável 100UI/ml e insulina humana regular-suspensão injetável 100UI/ml e os antidiabéticos orais: glibenclamida 5mg comprimido; glicazida 30mg comprimido e cloridrato de metformina 850mg comprimido; para insumos, seringa descartável de 1ml, com agulha fixa de 13x 3,3mm, em polipropileno, estéril. graduada em 100 unidades, tiras reagentes de medida de glicemia capilar; lanceta para punção digital. Foi confirmada a disponibilidade de todos os medicamentos e insumos acima relatados na farmácia do serviço de saúde em estudo.

4.3 COMPONENTE DE PROCESSO

No que tange ao componente processo o estudo, identificou que os 150 prontuários analisados apresentavam registros predominantemente de atendimentos realizados por médicos e auxiliares de enfermagem (Tabela 2). Em relação aos registros por categoria, em 145 (96,6%) dos prontuários havia registros médicos, 130 (86,6%) registros de atendimento de auxiliares ou técnicos de enfermagem, apenas 5 (3,3%) de registros de atendimentos realizados por enfermeiros e 15 (10,0%) de registros de outros profissionais predominantemente nutricionistas.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual de prontuários de saúde de usuários com diabetes *mellitus* tipo 2, segundo registros dos profissionais que compõem a equipe de saúde envolvida na assistência ao usuário com diabetes *mellitus*. Ribeirão Preto, SP, 2012

Profissional*	N	%
Médico	145	96,6
Auxiliar/técnico de enfermagem	130	86,6
Enfermeiro	05	3,3
Outro profissional	15	10,0

Fonte: dados da pesquisa.

*As categorias não são mutuamente excludentes.

Os achados relativos às atividades técnicas desempenhadas pelos profissionais de saúde evidenciaram que o peso corporal foi a atividade mais

registrada em 150 (100%) prontuários, os valores da pressão arterial estavam registrados em 128 (85,3%) dos prontuários consultados. Vale ressaltar que foram encontrados 47 (31,3%) registros do IMC e apenas 4 (2,6%) dos prontuários avaliados continham registros de medida de circunferência abdominal (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual de prontuários de saúde de usuários com diabetes *mellitus* tipo 2, segundo os registros de atividades técnicas: peso, pressão arterial, índice de massa corporal, circunferência abdominal. Ribeirão Preto, SP, 2012

Parâmetros de avaliação clínica*	n	%
Peso corporal	150	100
Altura	60	40,0
Níveis de pressão arterial	128	85,3
IMC	47	31,3
Circunferência abdominal	4	2,6

Fonte: dados da pesquisa.

* A categorias não são mutuamente excludentes

No que se refere ao registro de exames laboratoriais nos prontuários de saúde, percebeu-se que 100% continham registros de hemoglobina glicada, 133 (88,6%) glicemia de jejum, 103 (68,6%) glicemia pós-prandial. Sobre o perfil lipídico, encontrou-se 123 (82,0%) de registros de fração de HDL-C, 52 (34,6%) de fração de LDL-C, 35 (23,3%) de microalbuminúria e 11 (7,3%) de proteinúria.

Tabela 4 – Distribuição percentual de prontuários de usuários com diabetes *mellitus* tipo 2, segundo registro de exames laboratoriais. Ribeirão Preto, SP, 2012

Solicitação de exames laboratoriais	n	%
Hemoglobina glicada	150	100
Glicose de jejum	133	88,6
Glicose pós-prandial	103	68,6
Colesterol HDL	123	82,0
Colesterol LDL	52	34,6
Colesterol total	119	79,3
Triglicérides	118	78,6
Creatinina	106	70,7
Ureia	89	59,3
Microalbuminúria	35	23,3
Proteinúria	11	7,3

Fonte: dados da pesquisa.

No que se refere às observações sobre atividades técnicas de profissionais de saúde, envolvidos no atendimento ao usuário com diabetes *mellitus*, a pesquisa foi direcionada à equipe de enfermagem.

Os auxiliares de enfermagem atendiam os usuários e realizavam principalmente a verificação de peso e altura na pré-consulta e orientação acerca das prescrições e agendamento de retorno na pós-consulta.

Após o atendimento na sala de pré-consulta, o usuário era orientado a aguardar próximo ao consultório médico pela consulta e, após atendimento médico, era orientado a passar pela sala de pós consulta onde o auxiliar fazia a leitura das prescrições médicas para as devidas orientações. Observou-se que orientações aos usuários eram principalmente sobre agendamento de retornos de consulta e eletrocardiograma, período de realização e procedimentos prévios para coleta de exames laboratoriais. Quando necessário, o usuário era direcionado à farmácia para retirada de medicamentos.

Percebeu-se que o usuário tem o auxiliar de enfermagem como profissional de referência quando procura por atendimento médico sem agendamento prévio (encaixe). Ele se dirigia à sala de pré-consulta e ali relatava suas queixas e motivação para buscar atendimento e o profissional, dentro de suas competências, tentava atendê-lo e quando necessário encaminhava para os demais profissionais da equipe de saúde, conforme a necessidade do usuário.

Os enfermeiros da unidade têm uma agenda para atendimento aos usuários, porém, durante a observação, poucas consultas de enfermagem foram acompanhadas, visto que esse atendimento é limitado a orientações individuais quando encaminhadas pelo médico ou solicitada pelo usuário.

Nas observações de consultas realizadas pelo enfermeiro, o usuário era chamado pelo nome e tratado com respeito pela enfermeira, geralmente era lido o prontuário do usuário e, a partir das queixas, conduzia-se o atendimento. Reforçava-se a importância de mudanças no estilo de vida no que tange à alimentação e à atividade física. O uso de medicamentos era verificado, principalmente a prescrição de insulina, visto que geralmente o usuário buscava informações sobre o uso correto de insulina.

O enfermeiro envolvia o usuário no atendimento ao solicitar que ele descrevesse como era a rotina de uso da insulina, forma de armazenamento e demonstrasse como ele manipulava a insulina para aplicação e, após esse

momento, eram feitas as orientações daquilo que se percebia inadequado. Para isso, o enfermeiro utilizava frasco de insulina, agulha e material didático para demonstrar os locais adequados para aplicação da insulina, usando linguagem clara e acessível ao usuário. Sempre perguntando, ao final da explicação, se havia ficado alguma dúvida.

Não foi observado, entretanto, encaminhamento da enfermeira para outros profissionais da equipe de saúde.

Não foram considerados os atendimentos realizados pelos médicos nem pelo farmacêutico, visto que não houve observação direta de atendimentos realizados por esses profissionais, apenas utilizaram-se dados de registros desses em prontuários de saúde. Ao verificar os prontuários de saúde, identificaram-se registros de consultas de acompanhamento do usuário com DM, solicitação de exames mínimos complementares, prescrição de tratamento medicamentoso e não medicamentoso. As orientações sobre atividades físicas e alimentação eram pontuais e não traziam descrição de plano dessas recomendações.

Quanto ao plano de estratégias educativas para promoção do autocuidado em DM, identificou-se a ausência de registros detalhados nos prontuários de saúde. Verificou-se que os registros se restringiam às orientações quanto à alimentação para prescrição do tratamento não medicamentoso. Os registros mostraram-se sem detalhamento de plano alimentar e sua relação com a medicação prescrita.

No que se refere aos registros de atividades físicas, identificou-se apenas prescrição de tal atividade, predominantemente a caminhada. Não foram encontrados registros dos benefícios relacionados ao tipo de atividade prescrita.

Destaca-se não ser objetivo deste estudo observar atividades técnicas de outros profissionais que não os da equipe de enfermagem ligados ao atendimento do usuário com diabetes.

4.4 COMPONENTE DE RESULTADO

Para dados do componente resultado foram quantitativamente avaliados os indicadores de resultado de programa de atendimento a usuários com diabetes *mellitus* da Sociedade Brasileira de Diabetes, e fatores associados à hemoglobina

glicada e qualitativamente a satisfação do usuário em relação ao atendimento no ambulatório de especialidades.

Os indicadores de desempenho de atendimento aos usuários com DM2 preconizados pela SBD, verificou-se que, dos 150 prontuários analisados, 46 (30,7%) apresentavam registros de exames de hemoglobina glicada com valores abaixo ou igual a 7% e 41 (27,3%) com valores desses exames acima de 9%. Quanto aos níveis pressóricos 58 (38,7%) dos prontuários apresentavam registros de níveis abaixo de 130/80mmHg, e 21 (14,0%) dos prontuários não apresentavam registros de valor de pressão arterial. O registro de exame de olho foi encontrado em 73 (48,7%) dos prontuários. Os lipídeos completos estavam registrados em 119 (79,3%) dos prontuários de saúde analisados. Quanto ao LDL-C, 19 (12,7%) possuíam registro abaixo de 100mg/dl e 99 (66,0%) dos prontuários não possuíam registros desse indicador. No que tange à circunferência abdominal, foram identificados apenas 2 registros em prontuários dos homens, sendo 1 com valor acima de 94cm e 1 abaixo desse valor, entre os prontuários das mulheres não se encontrou registro de CA com valor menor que 84cm e dois prontuários apresentaram valores acima de 84cm. Ressalta-se que 58 prontuários de homens e 88 não apresentavam registros desse indicador.

Quanto à avaliação renal, 108 (72,0%) prontuários apresentavam registro de, pelo menos, um exame para tal avaliação. E sobre a avaliação dos pés, apenas 12 (8,0%) dos prontuários apresentavam registro desse indicador.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual de prontuários de usuários com diabetes *mellitus* tipo 2, segundo indicadores de resultado da atenção em diabetes preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes. Ribeirão Preto, 2012

(continua)

Indicador	n	%
HbA1c		
7% - 9%	63	42,0
≤7%	46	30,7
>9%	41	27,3
Pressão arterial em mmHg*		
≤130/80	58	38,7
>140/90	54	36,0
130/80 - 140/90	17	11,3
Ignorado	21	14,0

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual de prontuários de usuários com diabetes *mellitus* tipo 2, segundo indicadores de resultado da atenção em diabetes preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes. Ribeirão Preto, 2012.

(conclusão)

Indicador	n	%
Exame de olho		
Sim	73	48,7
Ignorado	77	51,3
Lipídeos completos		
Sim	119	79,3
Ignorado	31	20,7
LDL-C em mg/dl*		
100- 130	26	17,3
≤100	19	12,7
>130	6	4,0
Ignorado	99	66,0
Circunferência abdominal		
Homens ≤ 94cm	1	1,7
Homens > 94cm	1	1,7
Ignorado	58	96,6
Mulheres ≤ 84cm	-	
Mulheres >84cm	2	2,3
Ignorado	88	97,7
Avaliação renal	108	72,0
Ignorado	42	28,0
Avaliação do pé		
Sim	12	8,0
Ignorado	138	92,0

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 6, observa-se que somente a variável idade apresentou associação estatística significativa com a hemoglobina glicada acima de 7 ($p=0,004$), portanto, aceita-se a hipótese nula para a maioria das variáveis independentes, ou seja, as mesmas não estão associadas à hemoglobina glicada, exceto a idade.

Tabela 6 – Fatores associados à hemoglobina glicada acima do valor 7%. Ribeirão Preto, 2012

Variável	Hemoglobina glicada ≤7,0		Hemoglobina glicada >7,0		P
	N	%	n	%	
Idade					0,004
≤49	36	75,0	45	44,1	
>49	12	25,0	57	55,9	
Sexo					0,174
masculino	23	47,9	37	36,2	
feminino	25	52,1	65	67,8	
Comorbidades					
Hipertensão					0,509
sim	39	81,5	78	76,5	
não	9	18,5	24	23,5	
Obesidade					0,086
sim	24	50,0	36	35,3	
não	24	50,0	66	64,7	
Dislipidemia					0,066
sim	25	52,1	69	67,6	
não	23	47,9	33	32,4	
Cardiopatía					0,984
sim	7	14,6	15	14,7	
não	41	85,4	87	85,3	

Fonte: dados da pesquisa.

* com significância estatística ($p < 0,05$)

Para a análise qualitativa da satisfação do usuário em relação ao atendimento no ambulatório de especialidades, o material empírico codificado possibilitou observar, na organização das falas, que os temas mais evidenciados estão relacionados à acessibilidade organizacional e à relação entre usuário, equipe e serviço na perspectiva da longitudinalidade. Assim, tem-se duas categorias temáticas intituladas: 1- acessibilidade organizacional - a percepção do usuário e 2- o cuidado ao usuário com DM - a longitudinalidade em foco.

A seguir, as categorias temáticas serão apresentadas, com exemplos extraídos das falas, que serão identificados com a letra U, correspondente ao usuário, seguida dos números de 1 a 20, sequencialmente.

Dentre os 20 usuários entrevistados, 30% eram do sexo masculino e 70% do sexo feminino. A idade variou de 43 a 80 anos.

Categoria temática 1: a acessibilidade organizacional – a percepção do usuário

Considerou-se acessibilidade organizacional segundo Fekete (1997). A autora traz a acessibilidade organizacional representada pelos obstáculos nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Tais obstáculos podem se

apresentar desde a entrada no serviço de saúde, como a demora para obter uma consulta, tipo de marcação de horário e turnos de funcionamento, inclusive pode estar no interior da unidade de saúde como o tempo de espera para ser atendido pelo médico e para fazer os exames laboratoriais (FEKETE, 1997).

As falas seguintes relatam a organização do serviço, no que tange o agendamento para retorno de consultas.

[...] eu venho ele [médico] já dá um papel com dia pra gente fazer o exame com as orientações e já marcam o retorno, não preciso vir aqui pra marcar o retorno [...](U10).

[...] por exemplo, saí hoje e já fica marcado o retorno pro próximo, só se acontecer que não puder atender eles me ligam [...] (U17).

[...] você faz todo os exames, constata que está doente, apesar do sistema precário, com muito sacrifício esperando 2, 3, 4, 5 e meses a passar por um médico especialista leva mais 2, 3 meses para fazer exames e retornar a este médico, leva às vezes 2 a 3 anos para descobrir uma doença grave (U9).

[...] pra marcar consulta só que é difícil, até que abre a agenda, a gente que é paciente diabético às vezes nesse intervalo está passando mal, está descompensado, a gente não sabe o que fazer, e você vai ser atendido só na outra consulta em seis meses, aí eu acho que tinha que ter uma maneira de ser atendida fora da época de uma consulta dessa (U2).

[...] a única coisa é que demora nas consultas... que é de 4 meses, às vezes nesse intervalo, porque minha diabetes ela cai muito, ultimamente ela está caindo muito então eu tenho que esperar e controlar em casa, ou então esperar o retorno [...] (U18).

Eu passo mesmo só com o médico, quando eles marcam meu retorno é a cada 3 meses, mas agora dessa vez marcaram pra quatro eu não sei porque, até vou falar com o médico porque marcaram pra quatro meses e depois a receita vence e aí eu fico assim é um sufoco pra pegar a receita (U5).

Quando não se faz o agendamento na sala 30 [sala de pós-consulta], fica difícil depois de você fazer porque não pode ser feito por telefone, eu que moro em um bairro tenho que ficar vindo pra ver se abriu [...] (U12).

Foram identificadas outras falas que também relataram sobre a organização do serviço quanto ao fluxo interno de atendimento pelos profissionais.

Primeiro passa pra pesar, esses negócios... depois aguarda eles chamarem... depois tem a médica, a residente... depois ela passa por mim e vai conversar com a chefe dele, às vezes ela vem aqui me

encher a minha cabeça, as vezes não vêm.. aí vai na sala 30 [sala de pós-consulta], eu estou cheio disso aqui (U15).

A médica passa pra outro profissional e ele me orienta que é a enfermeira [enfermagem] (U8).

As falas que seguem expressam a espera no serviço desde a chegada do usuário até o atendimento profissional para consulta ou realização de exames.

É igual te falei eu acho muito deficiente, acho que tinha que melhorar e muito, pois ficamos mais tempo esperando do que para ser atendido mesmo [...] a gente espera muito tempo, eles ficam lá três quatro dentro da sala batendo-papo e vinte pessoas lá de fora para serem atendidas (U7).

É que demora um pouquinho, como a senhora viu, até que a gente vai para consultar mesmo demora (U8).

[...] até que eles vêm, você fica ali ó, meia hora, mais de meia hora esperando, só isso aí só que eu acho ruim (U5).

Ah, como eu só venho só no retorno [...] quando tem muita gente, às vezes tem que até ficar em pé esperando [...] eu como sempre venho em horário marcado então não tenho esse problema (U19).

[...] eu acho um pouco demorado para coletar, quando eu chego é muita gente né, muita gente colhendo (U4).

Demora muito os exames (U14).

Constatou-se uma fala que relatou o horário de funcionamento do Ambulatório de Especialidades de Saúde.

[...] tem a nutricionista aqui inclusive ela já me convidou, mas eu não posso eu trabalho, não tem como, assim as pessoas me ligam pra mim está vindo, mas não tem como eu vir toda semana aqui porque a gente trabalha, a gente conseguiu um tempo pra vir na consulta, pra explicar que não dá tempo (U3).

Categoria Temática 2: o cuidado ao usuário com DM - a longitudinalidade em foco

Esta categoria fundamentou-se no conceito de longitudinalidade definido por Starfield (2002) como uma relação pessoal, de longa duração, entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde, no contexto da atenção primária.

Nesse sentido, entende-se que, para este trabalho, tal atributo pode estar presente no ambulatório de especialidade para o cuidado de usuários com DM, visto

que a recomendação pelo MS é que pacientes com DM de difícil controle e/ou presença de comorbidades, usuários de insulina e diabetes gestacional devem ser acompanhados por especialistas em nível de atenção mais complexo (BRASIL, 2006c), o que demanda seguimento prolongado nesses serviços. No presente estudo constatou-se que 70,7% dos sujeitos possuem duas ou mais comorbidades e 69,3% estão com exames de HbA1c acima de 7%.

As falas a seguir apontam a fragilidade do vínculo terapêutico ao ser prestado por diferentes profissionais a cada atendimento.

Eu só faço acompanhamento do médico aqui e do curativo... os médicos são difíceis porque cada retorno é um que atende [...] São difíceis os médicos repetirem, se for pra te falar até o nome que me atendeu por último eu não sei (U17).

Eu tratava com o doutor X, o doutor X saiu, aí cada dia que você vem é um médico que atende, então eu não sei não (U2).

Cada vez que vem é um que atende a gente (U14).

Nem sempre é o mesmo aluno [de medicina] que vai atender, você acaba não criando vínculo com o médico [...] Ai você não cria muito vínculo porque cada vez que você vem é um (U12).

Cada dia que venho aqui é uma pessoa diferente...a gente gostaria de falar diretamente com o médico, que é muita coisa que você quer dialogar com ele, aí a gente não se sente a vontade de falar com os estagiários [...] Então quem atende é os estagiários faz muito tempo que não vem médicos diretamente como vinha (U8).

As falas mostram a identificação do ambulatório de especialidades como fonte regular de cuidado

[...] 26... 27 anos que faço tratamento aqui... pra mim é normal o tratamento aqui (U 16).

[...] nunca fui mal atendido, e não é uma nem duas vezes que eu venho, que eu venho direto... tanto médico, como curativo... então eu não tenho que reclamar de nada.. eu sempre fui muito bem atendido (U17).

Eu acho que aqui eu tenho mais ou menos, eu penso, preciso ver na pasta já tem uns 15 anos aqui até mais, então toda vida eu fui muito bem atendida (U16).

Faz alguns anos que venho aqui e é legal. Não tenho nenhuma dificuldade de comunicar em situações específicas que eu fico com alguma dúvida entre os retornos eu venho e converso (U11).

5 DISCUSSÃO

A discussão dos achados deste estudo será apresentada na mesma sequência da apresentação dos resultados. Iniciando com a caracterização dos sujeitos, segundo variáveis demográficas e clínicas; a estrutura física organizacional, recursos humanos e materiais; seguida dos registros de atendimento pela equipe de saúde, registros de atividades técnicas desempenhadas pelos profissionais e registro de exames laboratoriais e observação direta do atendimento aos usuários com diabetes *mellitus* tipo 2; dos indicadores de qualidade de serviços de saúde, preconizadas pela SBD (2009), associação entre variável independente hemoglobina glicada e sexo, idade, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e cardiopatia e, por fim, a discussão da satisfação do usuário em relação ao atendimento no ambulatório de especialidades do CSE.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS COM DM2

Ao verificar o perfil dos usuários com DM2, segundo variáveis demográficas e clínicas, encontrou-se que, em relação ao sexo, a maioria dos usuários com DM atendidos no ambulatório de especialidades do CSE é do sexo feminino. Esses dados corroboram outros estudos sobre avaliação da atenção em DM (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006; SILVA, 2009; TEIXEIRA, 2003).

Estudo realizado com 125 usuários com diabetes em um Centro de Saúde Escola de Porto Alegre, RS, demonstrou predominância do sexo feminino de (67,2%) (GRILLO; GORINI, 2007). No mesmo município, estudo recente, para avaliar as condições de processo e de resultado no atendimento às pessoas com diagnóstico de diabetes *mellitus*, também demonstrou amostra predominantemente composta por pessoas do sexo feminino (59,5%), com idade média de 53 anos (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012).

O predomínio do sexo feminino, entretanto, encontrado neste estudo, pode estar relacionado à maior utilização do serviço de saúde por parte das mulheres, à demonstram os resultados de pesquisa realizada por Travassos et al. (2002) que investigou a utilização dos serviços de saúde, segundo gênero, características familiares e condição social e concluíram que mulheres utilizaram mais os serviços

de saúde, mesmo quando controlado o efeito da restrição de atividades por motivo de saúde.

Os dados sobre a idade estão em consonância com outros estudos de avaliação em diabetes em Pelotas, RS, e Ribeirão Preto, SP, que demonstram maioria dos sujeitos na faixa etária entre 50 e 59 anos com mediana de 59 e 63 anos, respectivamente (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; SILVA, 2009).

A variável tempo de doença teve como limitação a fato de ser considerado o tempo de doença registrado durante consulta no prontuário. Somente 18 (12%) dos prontuários analisados traziam em seus registros o tempo de tratamento. Dentre os registros o tempo de tratamento variou de 2 a 26 anos, com média de 13,4 anos.

Cabe ressaltar que o tempo de doença é uma variável relevante, considerando a relação inversa com a adesão ao tratamento de usuários e maior risco de complicações, proveniente de um mau controle metabólico (DROUMAGUET et al., 2006).

Torquato et al. (2003) traz, em estudo de prevalência no município de Ribeirão Preto, que 25% dos sujeitos com DM desconhecem seu diagnóstico, e estudo recente, de Moraes et al. (2010), no mesmo município, demonstra que, antes da pesquisa, 15% dos sujeitos com DM desconheciam seu diagnóstico.

Em relação ao acompanhamento médico dos usuários com DM2, 50% foi realizado pelo médico endocrinologista. Desse modo, corrobora dados de outros estudos de avaliação do atendimento em diabetes, realizados em serviços de saúde secundário, onde se demonstra que a maioria dos sujeitos foi acompanhada por médico especialista (ALENCAR, 2013; SILVA, 2009).

Esse resultado vem ao encontro das diretrizes do Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes do Município de Ribeirão Preto o qual traz o atendimento aos usuários com DM2 no nível de atenção secundária, como é o caso do ambulatório de especialidades do CSE, que envolve o atendimento médico especializado e também de outros membros da equipe multiprofissional (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

O Ministério da Saúde recomenda que pacientes com DM de difícil controle e presença de comorbidades, usuários de insulina e diabetes gestacional devem ser acompanhados por especialistas em nível de atenção mais complexo (BRASIL, 2006c).

Os dados encontrados, no entanto, mostram que, embora haja na maioria dos prontuários registro de atendimento de um profissional especializado, a maioria não atingiu as metas de controle para de DM, utilizadas para este estudo.

No que se refere às comorbidades os achados apontam a hipertensão como comorbidade de maior prevalência. Vale ressaltar que 106 (70,7%) dos sujeitos do estudo apresentam duas ou mais comorbidades e apenas 19 (12,6%) dos sujeitos não apresentam comorbidades segundo, os registros em prontuários de saúde.

A hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são condições clínicas que frequentemente se associam. No DM2, cerca de 40,0% já se encontram com hipertensão ao serem diagnosticados com diabetes (SBD, 2013).

Esses resultados vão ao encontro aos achados de outros estudos que demonstram associação entre diabetes e hipertensão arterial em usuários com DM2 (ALENCAR, 2013; FARIA, 2011; SILVA, 2009).

Pacientes com DM2 são freqüentemente portadores de uma série de fatores de risco para doenças aterotrombóticas, entre as quais a dislipidemia provavelmente exerça papel mais importante (SBD, 2013).

Nessa perspectiva, as características demográficos e clínicas dos usuários com DM2, apresentadas nesta investigação, poderão auxiliar no planejamento do tratamento da doença e de estratégias educativas direcionadas às suas necessidades, de maneira contínua e progressiva, para assim contribuir para o alcance das metas de controle estabelecidas nas diretrizes e protocolos clínicos.

Sobre o tratamento para o controle do DM2, o estudo demonstra 63 (42,0%) dos sujeitos utilizavam antidiabético oral, 49 (32,7%) faziam uso de antidiabético oral e insulina e 25 (16,7%) utilizavam apenas insulina. Assim, constata-se que a insulina é utilizada por muitos sujeitos do estudo.

A SBD (2011) traz em seu algoritmo atualizado para tratamento de DM2, que a insulino terapia pode ser iniciada em etapas precoces do tratamento, quando somente as modificações do estilo de vida, associados a antidiabético oral forem insuficientes para obter controle glicêmico adequado após três meses de início da terapia.

A prescrição de insulina na prática clínica requer organização da equipe de saúde para oferta de estratégia que possibilite a correta aplicação do medicamento (SOUZA; ZANETTI, 2000).

Conhecer o perfil dos usuários com diabetes que fazem acompanhamento de saúde no serviço é importante para direcionar o planejamento do manejo da patologia, tendo em vista as necessidades dos usuários.

5.2 COMPONENTES DE ESTRUTURA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) por meio da RDC nº 50, de 2002, estabelece critérios para funcionamento de unidades de saúde, segundo organização físico-funcional (ANVISA, 2002).

Seguindo critérios dessa resolução, identificou-se que o CSE é caracterizado como uma unidade funcional de atendimento ambulatorial (ANVISA, 2002). A área de atendimento em regime ambulatorial eletivo destina-se à atenção à saúde, por meio de atividades de promoção, prevenção, vigilância à saúde da comunidade e atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada.

No CSE-FMRP/USP, este espaço é denominado Ambulatório de Especialidades.

Conforme verificado, há integração entre os diversos espaços físicos. Quanto ao dimensionamento, o qual é expresso pelas dimensões espaciais do ambiente em relação aos equipamentos ou fluxo dos usuários, constatou-se que o serviço cumpre a maioria das normas preconizadas pela Anvisa (ANVISA, 2002), no entanto, não possui sala de espera adequada, espaço que seria ideal para o desenvolvimento de ações educativas. O corredor de circulação é o local utilizado para os usuários aguardarem as consultas.

Para o acesso de usuários idosos e com necessidades especiais, que utilizam cadeira de rodas, há rampas com corrimão, o que facilita a circulação desses usuários. No caso de idosos, ambiente não adaptado às suas necessidades é uma das causas de quedas apontada pela literatura, associada também às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento (BRASIL, 2006a).

Os consultórios são relativamente próximos, no mesmo corredor, sala de enfermagem onde é realizada a recepção e preparo dos usuários para as consultas, favoreceu o fluxo daqueles com DM, e favoreceu a funcionalidade do processo de trabalho nesse setor. Esse fato não corrobora investigação, no mesmo município,

em que a distribuição físico-funcional do serviço investigado interferiu na assistência multiprofissional aos usuários com DM (SILVA, 2009).

Sobre a área física da sala de enfermagem, especificamente usada para recepção e preparo dos usuários para consultas, agrega a privacidade e individualidade, visto que os usuários entram um a um após serem chamados por senha eletrônica, satisfazendo o princípio de confortabilidade inserido no conceito de ambiência⁵, proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

No que se refere aos consultórios médicos, são considerados adequados para o atendimento ao usuário com DM2, uma vez, que disponibilizam espaço físico e mobiliário apropriado, inclusive pia para lavagem das mãos com papel toalha e sabão, contemplando aspectos relativos à ambiência, porquanto repercute nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, e podendo influenciar a qualidade da assistência. Condições de trabalho insatisfatórias desqualificam o cuidado e, por conseguinte, a humanização das práticas de saúde (FONTANA, 2010).

O consultório de enfermagem, no entanto, é um espaço pequeno, com pouca ventilação, luminosidade artificial, no interior da sala de enfermagem, onde se realiza atendimento pós-consulta, sem mobiliário que possibilite um exame físico adequado, e dificultando o acesso do usuário e não atendendo o princípio de confortabilidade.

Identificou-se a existência de sanitário masculino e feminino separadamente, tanto para os usuários como para os profissionais de saúde e funcionários do local, em bom estado de conservação, em consonância com critérios da Anvisa que determinam que as portas de banheiros e sanitários de pacientes devem abrir para fora do ambiente, com fechaduras que permitam facilidade de abertura em caso de emergência (ANVISA, 2002).

No referente às condições de conforto, quanto à iluminação, ventilação e acústica dos ambientes, o serviço em foco cumpre as indicações da ANVISA, sendo que o ambiente é iluminado por luz artificial, com voltagem suficiente para iluminar devidamente os ambientes. A ventilação tanto é natural, como complementada por ventiladores e aparelhos de ar-condicionado.

⁵ AMBIÊNCIA segue primordialmente três eixos, a seguir:

- O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
- O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2004).

Quanto às condições de edificação, enfatizam-se os adequados estados de conservação e pintura de alguns espaços, que haviam acabado de receber manutenção o que torna o ambiente mais acolhedor.

Diante dos pontos discutidos, considera-se que a estrutura física atende a maioria dos critérios preconizados pela Anvisa, portanto, adequada para satisfazer as necessidades dos usuários e dos profissionais.

Nesse aspecto, os dados desta investigação estão em consonância com estudo em que um serviço de medicina preventiva apresentou estrutura física apropriada para a oferta dos cuidados e atividades programadas em diabetes (TEIXEIRA, 2003).

Há outros estudos de avaliação em diabetes, no entanto, nos quais a inadequação da estrutura física às necessidades dos usuários com DM foi uma das fragilidades encontradas no componente estrutura (ALENCAR, 2013; ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; SILVA, 2009).

No que tange ao fluxo interno de atendimento dos usuários para a oferta do cuidado em diabetes, o serviço atende o Protocolo de Atendimento em Diabetes e Hipertensão do município, na maioria das etapas, divergindo de estudo similar, em que o pesquisador relatou que o fluxo de atendimento ao usuário com DM ficou comprometido em decorrência de englobar usuários com diferentes necessidades de saúde além, da distribuição inadequada dos espaços físicos da unidade (SILVA, 2009).

Durante o período do estudo, observou-se a realização de atividades educativas grupais realizadas semanalmente, por profissionais de uma universidade, no entanto, o espaço disponibilizado não favorecia o acesso dos usuários visto que não ficava próximo aos consultórios.

Quanto aos recursos humanos, é recomendado que a atenção ao diabetes seja realizada por equipe multiprofissional de atendimento com a finalidade de levar o paciente a compreender a importância da modificação do estilo de vida, visando o bom controle metabólico (OTERO; ZANETTI; TEIXEIRA, 2007).

O ambulatório de especialidades do CSE-FMRP/USP contempla a equipe mínima proposta pelo MS no tocante ao atendimento do usuário na atenção em DM (BRASIL, 2006a). Saliencia-se que, neste serviço, as diferentes especialidades médicas como oftalmologista e endocrinologista e os diferentes profissionais de

saúde contribuem para o acompanhamento de usuários com maior dificuldade de controle metabólico.

Nos registros em prontuário de saúde, entretanto, não aparecem todos esses profissionais. Há registros de médicos endocrinologistas, clínicos geralista, cardiologistas, oftalmologistas, nutricionista, auxiliares de enfermagem e enfermeiro.

A presença da equipe multiprofissional corrobora estudos sobre a organização da atenção em diabetes que apontam, na sua estrutura, a inclusão de uma equipe multiprofissional como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos e dentistas, podendo assim, contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado prestado (FERRAZ et al., 2000; TSCHIEDEL et al., 2008).

Para a avaliação de recursos materiais utilizados para tratamento dos usuários com DM2 do CSE-FMRP/USP, verificou-se que atendem as necessidades em relação às quantidades existentes, conforme o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes do município (RIBEIRÃO PRETO, 2011). Corrobora estudos desenvolvidos em um Serviço de Medicina Preventiva e em uma UBDS do mesmo município (SILVA, 2009; TEIXEIRA, 2003). No entanto, há discordância entre resultados de estudo que analisou a atenção ao DM, realizado na Estratégia de Saúde da Família, no município de Recife, o qual identificou insuficiência de equipamentos e insumos para o monitoramento do DM (PEREIRA, 2007).

Quanto à utilização de esfigmomanômetro, foi identificada a presença desse equipamento no serviço, porém, em relação ao atendimento do usuário com diabetes é uma prática realizada pelo médico durante a consulta. Ainda, os esfigmomanômetros e a balança antropométrica não são calibrados periodicamente, o que repercute negativamente na fidedignidade das medidas obtidas e, também, na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Em outros estudos sobre a avaliação em diabetes, a falta de manutenção dos esfigmomanômetros e da balança antropométrica de forma regular foi uma das principais fragilidades verificadas na avaliação do componente estrutura (ALENCAR, 2013; PEREIRA, 2007).

A falta de manutenção periódica dos equipamentos pode alterar a precisão as medidas do peso e da pressão arterial e, conseqüentemente, o diagnóstico nutricional e o tratamento, sendo um fator de preocupação.

Necessita-se de um cronograma de manutenção periódica dos equipamentos com vistas ao diagnóstico preciso dos resultados.

A “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial” ressalta o uso de esfigmomanômetros devidamente verificados e calibrados uma vez por ano, independentemente se é de coluna de mercúrio ou aneroide (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBC), 2010).

Em relação ao material para avaliação dos pés, constatou-se a presença de monofilamento de 10g, no entanto, não foi observada a utilização durante a consulta de enfermagem, a sala onde são realizadas as consultas não dispõe de mobiliário que possibilite ao enfermeiro a realização da avaliação adequada dos pés, seguindo o princípio de confortabilidade.

Quanto aos medicamentos, há no serviço todos os indispensáveis para o tratamento do DM preconizados pelo Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes, corroborando Silva (2009) em uma UBDS. Entretanto, difere, dos resultados de um estudo desenvolvido no Nordeste do Brasil, em que a insuficiência e falta de medicamentos orais e insulina para o tratamento do paciente com DM foi constatada em todas as unidades de saúde investigadas (PEREIRA, 2007).

O CSE-FMRP disponibiliza três tipos de antidiabéticos orais, a saber: glibenclamida 5mg, cloridrato de metformina 850mg e glicazida MR 30mg são distribuídos gratuitamente aos usuários. Esses medicamentos são considerados como básicos para o tratamento do DM2, uma vez que têm mecanismos de ação diferentes e atendem à evolução natural da doença (BRASIL, 2006c).

Ainda em relação aos medicamentos, no que tange à distribuição de insulinas, detectou-se a disponibilidade dos tipos Regular, NPH, regulamentados pela Portaria nº 2.538, do dia 10 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007), em que o MS define o elenco de medicamentos e insumos para o tratamento do DM, responsabilizando os municípios pela distribuição dos mesmos. No que pode ser observado, o serviço tem atendido de forma adequada essa distribuição.

Sobre os insumos disponibilizados no serviço, evidenciou-se haver os necessários para o tratamento dos usuários com diabetes, conforme estabelecido na Portaria acima referida (BRASIL, 2007).

Constatou-se ainda que o serviço fornecia seringas e agulhas de insulina, segundo protocolo de reutilização de seringas e agulhas do município.

Quanto ao uso de monitores de glicemia capilar e as respectivas tiras reagentes, a Secretaria Municipal da Saúde disponibiliza monitores de glicemia, lancetador, fitas reagentes e lancetas para os pacientes usuários de insulina.

O fornecimento e treinamento são realizados pelo farmacêutico(a) das unidades, mediante agendamento prévio. A entrega de tiras e lancetas é realizada juntamente com a insulina, mediante entrega de tabela de perfil glicêmico. A prática de distribuição de monitores de glicemia capilar e tiras reagentes estão completamente estabelecida nesse serviço.

Quanto aos demais insumos, como luvas de procedimento, álcool a 70% e algodão, constatou-se a existência de quantitativo suficiente para suprir a demanda de usuários e as necessidades dos profissionais do serviço, o que vem contemplar a relação de insumos contida no Protocolo de Atendimento Municipal (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Em virtude de boas condições estruturais terem mais possibilidades de resultar em um processo adequado de cuidados do que condições precárias (DONABEDIAN, 1980), ressalta-se a importância de um olhar mais cuidadoso no intuito de reestruturar no CSE as fragilidades encontradas no que tange à avaliação desse componente na atenção em DM.

5.3 COMPONENTES DE PROCESSO

A análise do número de atendimentos registrados nos prontuários de saúde pelos profissionais demonstrou ser a categoria médica com maior número de atendimentos aos usuários, seguido da categoria auxiliar e técnico de enfermagem. Os enfermeiros e outros profissionais tiveram esse número reduzido nos prontuários dos usuários com DM2.

Justificam-se os resultados encontrados pelo critério de inclusão dos prontuários onde foi preconizado, pelo menos, uma consulta médica no período do estudo e quanto aos auxiliares e técnicos pelo fato de que cada usuário ser atendido antes e depois da consulta, tendo os procedimentos registrados por esses profissionais (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

O predomínio de registros dos profissionais médicos em detrimento de outros atendimentos aponta que o modelo de organização do trabalho está centrado no

modelo biomédico nesse serviço de saúde, corroborando estudo desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, RS, e, segundo constatação dos autores, o processo de cuidar em DM estava centrado no atendimento médico (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

Esses resultados corroboram estudo realizado em Unidade Básica de Saúde do mesmo município, no qual os médicos e auxiliares de enfermagem apresentaram maior número de registros nos prontuários de saúde (SILVA, 2009). E outro estudo, realizado no Ceará, traz também o predomínio dos registros pela categoria auxiliar e técnico de enfermagem, seguido da categoria médica (ALENCAR, 2013).

São estabelecidas pelo MS ao menos duas consultas médicas/ano para usuários com DM (BRASIL, 2006c). No entanto, não foi encontrado na literatura consultada registros que estabelecessem número de consultas dos enfermeiros e demais profissionais para acompanhamento de usuários com DM.

Percebe-se, assim, que o atendimento multiprofissional, tão importante no manejo da doença, não vem sendo priorizado. O usuário que recebe uma assistência multiprofissional adequada é mais capaz de obter resolutividade e manter postura autônoma diante da sua promoção da saúde (BRASIL, 2006c).

Os dados encontrados reafirmam o que traz Donabedian (1980) ao apontar que nem sempre uma boa estrutura significa um processo eficaz, visto que no ambulatório de especialidade, na análise de recursos humanos, há presença de enfermeiro, mas foram identificados pouquíssimos registros dessas consultas nos prontuários de saúde investigados.

Cabe ressaltar que o enfermeiro, nesse serviço, cumpre diversas funções. Estudo recente, realizado no mesmo cenário, analisou as práticas de enfermagem e mostrou que a equipe de enfermagem, muitas vezes, fica com grande sobrecarga de trabalho e isso reflete no atendimento integral (PINTO et al., 2012).

Por meio de estudo multicêntrico, transversal, com usuários com DM2 e DM1 em dez cidades de quatro regiões do Brasil, constatou-se que o cuidado multiprofissional foi uma das características estatisticamente representativa associada à melhora do controle glicêmico, por meio da medição da hemoglobina HbA1c, indicando a necessidade de os serviços de saúde atentarem para essa questão (MENDES et al., 2010).

Nessa direção, ressalta-se a necessidade de otimização do registro das consultas de enfermagem e demais profissionais, para, assim, consolidar o modelo

de assistência multiprofissional proposto pelo Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes do município, pelo MS, e por outras entidades preocupadas com a qualidade da atenção em diabetes no Brasil e no mundo (ADA, 2012; BRASIL, 2006c; RIBEIRÃO PRETO, 2011; SBD, 2009).

Uma das fragilidades encontradas no componente processo foi o fato do baixo número de registros pelo enfermeiro, o que pode comprometer a qualidade do cuidado ao usuário com DM2, conforme os achados descritos na Tabela 2, em que, durante o período de julho de 2011 a junho de 2012, foram encontrados somente registros de enfermeiros em 5 prontuários dos 150 analisados.

Outro aspecto observado foi o fato de o encaminhamento médico-enfermeiro não se apresentar como prática no serviço, o que leva a se pensar sobre o papel do enfermeiro na assistência aos usuários com DM. Fato esse que precisa ser discutido e revisto pela equipe de saúde do serviço e gestores.

Referente ao registro da medição do peso nos prontuários de saúde, observou-se que essa prática é rotina do serviço. Já o registro da altura, não alcançou a totalidade dos prontuários de saúde, corroborando dados de outro estudo similar (SILVA et al., 2011). No entanto, percebeu-se pelos registros em prontuários, que a verificação dos níveis pressóricos no serviço em questão é uma prática médica durante a consulta e não da equipe de enfermagem.

Em relação ao IMC e à CA, foram constatados registros desses parâmetros nos prontuários de saúde dos usuários, ainda que em baixo número. Em estudo semelhante, não houve registro do IMC nos prontuários clínicos, mas houve registro da circunferência abdominal em poucos prontuários (SILVA et al., 2011).

O serviço vem cumprindo apenas em parte o Protocolo Municipal de Atendimento referente ao registro dessas atividades técnicas, uma vez que os registros de medição da altura, CA e IMC foram muito baixos (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Estudo transversal recente, com 42 pacientes com idade entre 35 e 77 anos, em serviços de saúde da família no Brasil, mostrou que a CA está correlacionada negativamente com o HDL-c, enquanto que o IMC não foi associado aos níveis de HDL-c, concluindo-se que a CA é um melhor indicador das mudanças no HDL-c do que o IMC (ARIMURA et al., 2011).

Em relação aos exames laboratoriais mínimos, o serviço vem cumprindo em parte o proposto pelo Protocolo Municipal e MS (BRASIL, 2006c; RIBEIRÃO PRETO, 2011). O registro de glicemias em jejum e pós-prandial não alcançou a

totalidade dos prontuários dos usuários estudados, tal como verificado em estudos similares realizados em Ribeirão Preto e no Ceará (ALENCAR, 2013; SILVA et al., 2011).

É preconizado que todos os usuários com DM realizem glicemias em jejum e pós-prandial, por serem essenciais para avaliar o controle glicêmico de forma pontual. A glicemia plasmática de jejum relaciona-se ao controle basal e a pós-prandial remete à resposta insulínica diante da carga alimentar. Apesar de não ser o exame de escolha para avaliar o controle glicêmico em longo prazo, como é o caso da HbA1c, é fundamental para o ajuste individualizado das drogas orais e da insulina (SBD, 2013).

Quanto ao registro da HbA1c nos prontuários de saúde, todos os usuários foram contemplados com a realização desse exame, visto que foi um dos critérios de inclusão no estudo.

A hemoglobina glicada é um indicador amplamente utilizado da glicemia crônica, refletindo os níveis sanguíneos de glicose média ao longo de um período de três meses. O teste tem papel fundamental no manejo do usuário com DM, sendo indicada para todos os usuários com DM (ADA 2012; SBD, 2013).

Em estudo realizado no Paraná, o registro de hemoglobina HbA1c nos prontuários de saúde investigados em Unidade Básica de Saúde obteve percentual inferior ao encontrado na pesquisa em discussão, com apenas 14,9% de registro. Os autores apontam a necessidade de maior empenho dos profissionais de saúde responsáveis por essa atividade na solicitação e/ou registro desse exame (GAFURI et al., 2011).

Quanto aos lipídeos completos, nem todos os usuários investigados apresentaram registro desses exames laboratoriais. Resultados semelhantes também foram encontrados por outros pesquisadores quando comprovaram que o registro desses exames não contemplou a totalidade dos prontuários de usuários com DM2 estudados (ALENCAR, 2013; SILVA et al., 2011).

Como o perfil glicêmico, o lipídico também deve ser medido pelo menos uma vez ao ano. Os resultados dos exames norteiam o tratamento não farmacológico, centrado nas modificações do estilo de vida e no tratamento medicamentoso (ADA, 2012; SBD, 2013).

Relativo à avaliação renal, foi identificado que o exame de creatinina foi o que obteve maior percentual de registro, seguido de ureia, microalbuminúria e proteinúria, que obteve o menor percentual de registro entre esses exames.

Cabe ressaltar que o Protocolo Municipal recomenda que a microalbuminúria seja solicitada para usuários com DM com 3 ou mais fatores de risco, quando a proteinúria anual for < 300mg/24h (RIBEIRÃO PRETO, 2011). No entanto observou-se que a proteinúria teve frequência menor que a microalbuminúria. Incoerente com o que é recomendado pelo protocolo municipal.

Estudo recente, no mesmo município, que descreveu a atuação de enfermeiros da Atenção Primária na prevenção e na progressão da doença renal crônica, em pacientes com DM e HÁ, identificou nos relatos de enfermeiros, a citação referente à solicitação de exames, mas não foi mostrado domínio relacionado ao acompanhamento estabelecido e padronizado, além de a frequência de pedidos desses exames não ser conhecida por esses profissionais (TRAVAGIM et al., 2010).

O enfermeiro tem como atribuição verificar, durante a consulta de enfermagem, se foram realizados exames mínimos estabelecidos no protocolo e necessários na consulta médica. E o MS atribui a solicitação de exames complementares ao médico e ao enfermeiro. Segundo ressalta, compete ao enfermeiro “solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina definidos como necessários pelo médico da equipe ou de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal” (BRASIL, 2006c).

Identificou-se, entretanto, que essa é uma prática médica no serviço estudado corroborando outros estudos similares (ALENCAR, 2013; SILVA, 2009).

O registro em prontuários de saúde das atividades técnicas e/ou atendimentos prestados pelos profissionais de saúde no ambulatório de especialidades, ainda não é prática completamente estabelecida nesse serviço segundo apontam os resultados, a falta de registro não significa que a atividade não seja realizada. Apesar da sua importância para a assistência, gerência e pesquisa, o presente estudo identificou ainda pequeno número de registros de algumas atividades técnicas realizadas pelos profissionais de saúde em questão. Essa é uma constatação evidenciada em outras instituições de atenção em saúde no Brasil.

De acordo com estudo avaliativo, realizado em Campinas, SP, sobre o controle do diabetes na atenção básica, revela-se não haver outra fonte de dados

acerca do acompanhamento clínico do usuário com DM e a ausência de registros em prontuários é altamente comprometedora, indicando a necessidade de valorização do registro na avaliação da atenção em DM no serviço estudado (RODRIGUES; LIMA; NOZAWA, 2006).

Em estudo transversal, que avaliou a qualidade dos prontuários dos pacientes, considerando os registros de atendimentos de profissionais de nível superior na atenção básica de quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, constatou-se incipiente registro das características do processo de atendimento nos prontuários das pessoas com hipertensão arterial e diabetes. Entre essas, peso, pressão arterial e glicemia, sugerindo dificuldades dos profissionais de saúde na continuidade da prestação dos cuidados (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAIS, 2008).

O registro em saúde é considerado critério de avaliação da qualidade da atenção em saúde, uma vez que a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto de partida para gerar informações sobre o processo de trabalho (DONABEDIAN, 1988).

Lembra-se, ainda, que os Conselhos Federais de Enfermagem e de Medicina, por meio de resoluções específicas, estabelecem o registro em prontuários como responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem e médicos, respectivamente (CFM, 2002; COFEN, 2012). Assim, o registro em prontuários de saúde é algo importante a ser discutido e considerado pelos profissionais e gestores do ambulatório de especialidades.

No referente às observações do atendimento pelo profissional enfermeiro, identificou-se que o usuário foi tratado com cordialidade e respeito durante o atendimento pelo profissional, consonante com um dos princípios de acolhimento propostos na Política Nacional de Humanização do MS (BRASIL, 2006f).

As consultas de enfermagem pelo enfermeiro apresentaram-se como atendimentos com ênfase nas orientações acerca do uso dos medicamentos, principalmente da insulina, talvez pelo fato de os usuários, atendidos por esse profissional, utilizarem, na sua maioria, esse medicamento. Entretanto, essas consultas não foram baseadas na metodologia da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Tal observação corrobora resultados de estudo realizado em Recife, PE, que avaliou a estrutura e o processo na atenção em diabetes na atenção básica, apesar

da presença de enfermeiros em todas as unidades avaliadas, a consulta de enfermagem, atividade que viabiliza o processo de enfermagem, não fazia parte da rotina do serviço, caracterizando uma fragmentação no trabalho em equipe (PEREIRA, 2007).

Esse dado aponta a necessidade urgente de estímulo à utilização e registro do processo de enfermagem na atenção em DM, em face da sua importância na qualidade do cuidado.

No que tange às orientações individuais quanto às mudanças no estilo de vida como a alimentação, percebeu-se que o enfermeiro, na maioria das observações, deteve-se a perguntar superficialmente sobre alimentação e prática de atividade física.

Diferentemente, as orientações acerca do uso de medicamentos foram proporcionadas de forma precisa e detalhadas, sobretudo no tocante ao preparo e aplicação da insulina, o que pode ser justificado pelo fato de a maioria dos usuários, que passaram por consulta com enfermeiro, utilizarem a insulina como parte do tratamento medicamentoso.

Ainda, conforme evidenciado, o enfermeiro do serviço não realizou ou participou de atividades educativas grupais, corroborando dados de outro estudo (SILVA, 2009). Porém, cabe ressaltar que foi observado no serviço a realização de encontros semanais de grupo educativo em diabetes, realizado por profissionais de uma universidade.

Recomenda-se que os profissionais de saúde envolvidos no cuidar em DM precisam estar preparados para oferecer orientações quanto à importância da alimentação, da atividade física e do uso regular dos medicamentos no tratamento da doença, com abordagens individuais ou grupais (ADA, 2012; BRASIL, 2006c).

Durante as consultas observadas, também, o enfermeiro não realizou encaminhamentos aos demais profissionais da equipe. Portanto, deixou de cumprir suas atribuições não apenas no tangente ao Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes do Município, mas, também, quanto ao preconizado pelo MS quando indica a importância do encaminhamento dos usuários, se necessário, aos demais profissionais de saúde para assim consolidar uma abordagem multiprofissional, tão fundamental no caso de uma doença complexa como o diabetes (BRASIL, 2006c; RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Quanto ao exame dos pés, constatou-se não fazer parte do atendimento do enfermeiro, embora o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes de Ribeirão Preto trazer, como atribuição do médico e do enfermeiro, como indicador de classificação e planejamento de retorno, além de estratégias educativas para prevenção de pé diabético (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

No município, há um roteiro impresso para exame dos pés, no entanto, no serviço não foi observada a utilização. Tais fatos representam uma das fragilidades no componente processo, uma vez que o exame clínico dos pés integra a abordagem do DM pelos profissionais de saúde para diminuir o risco de lesões e amputações desses membros. E poucos registros médicos foram encontrados nos prontuários de saúde relacionados à avaliação dos pés.

Em estudo realizado em 33 postos da rede de atenção primária à saúde da zona urbana de Pelotas, RS, essa situação também foi evidenciada. Dos 61 (100%) médicos responsáveis pelo atendimento individual aos pacientes com DM2, somente 42 (68,9%) avaliaram os pés dos usuários (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

Segundo a ADA (2012), todos os pacientes com DM devem ter seus pés examinados anualmente para identificar fatores de risco preditivos de ulcerações e amputações. O exame dos pés inclui inspeção, avaliação dos pulsos e teste para controle da perda de sensação protetora.

Observaram-se encontros semanais para atividades educativas em grupo, no entanto, não identificaram-se registros sobre essa atividade e encaminhamentos por profissionais da equipe de saúde nos prontuários. Essa questão requer um olhar mais atento de todos profissionais de saúde no intuito de preencher essa lacuna.

Os profissionais de saúde precisam garantir aos usuários informações e instruções adequadas para gerenciar sua condição crônica. Contudo, os usuários precisam estar inseridos em um ambiente participativo, onde tenham a oportunidade de discutir sobre as melhores possibilidades de cuidado e assim manter uma postura de autogerenciamento. Inegavelmente, a qualidade da comunicação entre o usuário e o profissional da saúde, além da sua participação no tratamento, influencia os resultados de saúde (ADA, 2012).

Não foi objetivo do estudo observação de consultas dos demais profissionais da equipe de saúde. Contudo, notou-se, por meio de análise de prontuário, ainda que em pequeno número, o empenho e competência de nutricionistas na orientação

do plano alimentar, com informações detalhadas e objetivas, sempre discutindo com os usuários a importância do seu seguimento para o controle do diabetes, da hipertensão arterial e da obesidade. O nutricionista é um profissional fundamental no tratamento do diabetes, e exerce papel decisivo na elaboração do plano e educação alimentar.

Quanto às observações de atendimento, realizadas por auxiliares e técnicos de enfermagem, embora os usuários tenham sido tratados com respeito e atenção, sendo chamados pelo nome, na maioria das vezes, em consonância com o preconizado pela PNH, constata-se lacuna importante referente ao acolhimento deles, visto que o acolhimento ultrapassa o ato de receber ou realizar triagem do usuário em um serviço de saúde.

Segundo o MS, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender todos os que procuram os serviços dessa área, assumindo postura de escuta e resposta adequada às suas necessidades (BRASIL, 2006g, 2009). Apesar dos esforços do SUS para implantar a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006f), com elaboração de manuais e cartilhas, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços, referentes ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública.

Ainda, conforme se percebeu, os profissionais auxiliar e técnico de enfermagem desenvolvem atividades técnicas, tais como a verificação do peso corporal e da altura durante o preparo dos usuários para as consultas médicas, atendimento para orientações complementares, após a consulta médica e agendamento de retorno.

Além dessas atividades, geralmente os usuários recorrem a esses profissionais quando procuram pelo serviço sem agendamento prévio. Demonstrando que, no serviço avaliado, o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem configura-se não somente como dimensão técnica, mas, também, comunicacional, significativo para a firmamento de vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde. Essa observação diverge de resultado encontrado no Ceará, em que a dimensão comunicacional, tão importante no processo de trabalho de enfermagem, foi praticamente inexistente (ALENCAR, 2013).

Diante dos achados, faz-se necessário que os gestores do serviço se atentem para esses aspectos, realizando a capacitação permanente desses profissionais de

saúde e se empenhando em supervisionar, periodicamente, a qualidade e o funcionamento dos recursos existentes no serviço.

5.4 COMPONENTES DE RESULTADO

Na avaliação dos indicadores de desempenho para atendimento em diabetes, proposto pela SBD (2009), os resultados demonstram que o único indicador a atender o padrão mínimo de exigência no ambulatório de especialidades, no período do estudo foi o valor da pressão arterial <130/80mmHg, com 38,6% de registros nos prontuários de saúde analisados, sendo o proposto pelo menos 35% pela SBD.

Os indicadores avaliados que se aproximaram do que é preconizado foram hemoglobina glicada <7% e >9%, lipídeos completos, LDL-C <130mg/dl e avaliação renal, no entanto, os registros de avaliação dos pés, LDL-C <100mg/dl e níveis pressóricos <140/90mmHg estão muito aquém de atingir o índice preconizado pela SBD. Não houve registro da circunferência abdominal (CA) no período do estudo. Estudo realizado em Pelotas, RS, com 378 usuários com DM em uma unidade de saúde da família, constatou que apenas 6,3% dos usuários atingiram as metas de controle metabólico, segundo a Associação Latino-Americana de Diabetes. Diante do achado, os autores recomendaram a capacitação permanente dos profissionais de saúde e a criação de protocolo padronizado na atenção aos usuários com diabetes (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

A HbA1c é um indicador amplamente usado para o controle do diabetes, as diretrizes da SBD (2103) trazem que todas as pessoas com diabetes devem realizar o teste ao menos duas vezes/ano e quatro vezes ao ano usuários que se submeteram à alteração de esquema terapêutico ou não atingiram resultados recomendados com tratamentos vigentes.

Não ter alcançado a exigência da SBD para o indicador HbA1c <7% é preocupante, tanto quanto ultrapassar o estabelecido para HbA1c >9%, ambos os resultados demonstram o mal controle glicêmico. Merecem o mesmo destaque o percentual considerável de usuários com LDL colesterol acima do recomendado pelos consensos e diretrizes.

Esses dados são inquietantes, uma vez que o diabetes é relacionado com o aumento do risco de complicações microvasculares, como a nefropatia, neuropatia e

retinopatia, além de complicações macrovasculares, entre essas, o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral.

Nesse sentido, reduzir o risco cardiovascular exige cuidado integral com redução de lipídeos, pressão arterial, glicose e intervenção no estilo de vida.

O maior destaque desses resultados, no entanto, deve-se ao representativo número de exames ignorados. Consideraram-se ignorados os prontuários que não haviam registro dos indicadores no período de referência do estudo.

Estudos similares demonstram que o indicador LDL-C inferior a 100mg/dl foi o único indicador a atender o padrão mínimo de exigência, além de percentuais expressivos de usuários apresentarem valores de HbA1c, pressão arterial e LDL colesterol acima dos padrões recomendados (ALENCAR, 2013; SILVA, 2009).

Estudo multicêntrico, desenvolvido em cinco hospitais universitários, onze hospitais gerais públicos e quatro hospitais privados no Brasil, com uma amostra de 5.692 pacientes com DM2, encontrou que 73% mantinham controle glicêmico inadequado por avaliação da HbA1c (MENDES et al., 2010).

As investigações no Brasil, embora com características de serviços e amostras distintas, mostraram resultados aproximados do estudo ora apresentado. Por conseguinte, esse problema é extensivo a outros serviços de saúde com perfis diferentes.

Recentemente, em estudo, para avaliar as condições de processo e de resultado no atendimento às pessoas com diagnóstico de diabetes *mellitus* no Sul do País, verificou-se que, 77,4% dos sujeitos tinham níveis pressóricos alterados e 58,1% hemoglobina glicada igual ou maior que 8% (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012). Os achados no estudo apontam a necessidade de reavaliação dos parâmetros metabólicos dos usuários do ambulatório de especialidades, com vistas a otimizar simultaneamente o controle glicêmico, pressórico e lipídico dos usuários com diabetes.

Concomitante ao tratamento adequado a cada usuário, outras providências, responsáveis pela melhora do controle glicêmico, pressórico e lipídico, tais como mudança de estilo de vida, devem ser estimuladas e avaliadas no serviço em foco. Isso porque, ao avaliar o registro de orientações quanto à terapêutica não medicamentosa (alimentação e atividade física), identificou-se que existe baixo número de registros.

Em relação à educação contra o fumo, tal indicador não foi considerado nesse estudo. O indicador exame de fundo de olho, no serviço estudado, não atingiu a meta. Portanto, o serviço estudado não cumpriu o preconizado pela SBD no que se refere ao exame de fundo de olho. Assim, corrobora dados de outros estudos realizados no Brasil em pacientes com DM2 no interior de São Paulo e Ceará (ALENCAR, 2013; SILVA, 2009).

Cabe ressaltar, no entanto que a ADA (2012) recomenda avaliação oftalmológica imediatamente após o diagnóstico da doença e anualmente a todos os pacientes com DM2, com o objetivo de detectar precocemente complicações e, assim, instituir medidas de tratamento imediatas.

Em relação ao indicador CA para homem menor que 94cm e mulheres menor que 84cm, não foi possível avaliá-lo, uma vez que o número ignorado de registros demonstrou que essa atividade técnica não está estabelecida na rotina de atendimento do serviço em estudo, fato também que foi evidenciado no estudo de Alencar (2013) e Silva (2009).

Dados de estudo recente no Sul, mostram que (93,5%) dos sujeitos do estudo apresentaram valores de circunferência abdominal acima dos níveis de normalidade (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012).

Esse elevado número de registros ignorados deve ser considerado pelo serviço avaliado, pois a medida da CA é fundamental para a detecção de obesidade central e importante indicador das mudanças no HDL-c do que o IMC (ARIMURA et al., 2011). Considerando os achados de Arimura et al. (2011), a mensuração de CA deve ser estabelecida como atividade de rotina no serviço.

Quanto à avaliação renal, esse indicador não foi alcançado pelo ambulatório de especialidades. Os indicadores de qualidade estabelecidos pela SBD (2013) definem como critério de avaliação que, pelo menos, 80% dos prontuários pesquisados deveriam mostrar esse escore.

Em estudo similar, a exigência mínima desse indicador também não foi alcançada; apenas 34% dos prontuários de saúde estudados tinham registro desse parâmetro (SILVA, 2009).

No tocante à avaliação dos pés, os resultados apresentados mostram o não cumprimento da meta estabelecida pela SBD de que pelo menos 80% dos pacientes com DM2 tenham seus pés examinados uma vez ao ano, tal indicador aponta também, baixos percentuais de registro.

Essa questão é preocupante, visto que o exame dos pés é utilizado para o rastreamento da neuropatia diabética. Todos os portadores de DM2 devem passar anualmente por um exame abrangente dos pés para identificar fatores preditivos de risco para ulcerações e amputações (ADA, 2012; BRASIL, 2006c).

Os resultados deste e de outros estudos apontam que o não alcance das metas de controle dos níveis de HbA1c, LDL colesterol, pressão arterial, além da avaliação renal, dos olhos e dos pés dos usuários com diabetes é um problema real nos serviços de saúde, de diferentes regiões e níveis de complexidade, portanto, rejeita-se a hipótese inicial do estudo, de que a atenção ao usuário com DM segue os padrões normativos da SBD e, assim, apresenta indicadores de estrutura, processo e resultado satisfatórios. Também se esperava encontrar que a maioria dos sujeitos estivesse com as taxas de hemoglobina glicada abaixo de 7% na amostra investigada, o que não se confirmou com o estudo.

Em relação à identificação de associação com significância estatística entre hemoglobina glicada acima de 7% e idade, corrobora resultados encontrados em estudo de base populacional, realizado em São Carlos, SP, o qual encontrou associação entre DM e TGD e as variáveis “idade”, “escolaridade”, “índice de massa corpórea” e “circunferência abdominal” (BOSI et al., 2009). E outro estudo de base populacional investigou a prevalência de diabetes *mellitus* e fatores associados, na população urbana com 30 anos e mais em Ribeirão Preto–SP, e demonstrou que a prevalência de diabetes *mellitus* apresentou relação direta com a idade (MORAES et al., 2010).

No que se refere à satisfação do usuário com DM em relação ao atendimento no ambulatório de especialidades, abordou-se a expectativa do usuário nas dimensões satisfação e insatisfação, conforme Donabedian (1992) traz no componente resultado para a avaliação dos serviços de saúde.

Quanto à acessibilidade organizacional, identificaram-se falas referentes aos itens organização do serviço no que tange ao agendamento para retorno de consultas; à organização do serviço quanto ao fluxo interno de atendimento pelos profissionais; a espera no serviço desde a chegada do usuário até o atendimento profissional para consulta ou realização de exames; ao horário de funcionamento do Ambulatório de Especialidades de Saúde apoiado nos conceitos de Fekete (1997).

Sobre o item organização do serviço, no que se refere ao agendamento para retorno de consultas percebeu-se que os usuários em maior frequência relatavam

insatisfação nesse quesito, corroborando estudo realizado em Ribeirão Preto SP, na Atenção Primária à Saúde, em que os resultados apontam que a grande maioria dos usuários tem expectativas e desejos que a consulta agendada tivesse menor tempo para o agendamento (GAIOSO, 2007). Outro estudo no mesmo município sobre acessibilidade e demanda em Unidade de Pronto Atendimento, os usuários citam a demora pelo atendimento e agendamento de consultas na atenção básica como fator que justifica a procura desse serviço como ponto de partida para o ingresso aos serviços de saúde (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

Sobre a organização do serviço, quanto ao fluxo interno de atendimento pelos profissionais e a espera no serviço para consulta ou realização de exames, foi identificado, nas falas dos usuários, que eles permanecem muito tempo aguardando pelo atendimento no corredor do serviço, mostrando insatisfação, corroborando estudo realizado na Atenção Primária em que os resultados apontam insatisfação por enfrentarem muitas vezes uma longa espera para atendimento (GAIOSO, 2007). Tais resultados demonstram a problemática em diferentes níveis de atenção no município.

Quanto à insatisfação sobre o horário de funcionamento do ambulatório de especialidades de saúde, encontrou-se relato de apenas um usuário, no entanto, o descompasso entre o horário de funcionamento e a necessidade da população, o torna legítimo, visto que o horário de funcionamento representa um dos obstáculos nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde e, para a acessibilidade organizacional representa obstáculos (FEKETE, 1997).

No que se refere à longitudinalidade no cuidado ao usuário com DM, os achados deste estudo corroboram as dimensões apresentadas por Cunha e Giovanella (2011), para o contexto do Sistema Público de Saúde brasileiro, ao apresentarem a identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional como componentes para esse atributo.

Ao se tratar do acompanhamento do usuário de DM, ao longo do tempo, nesse ambulatório as falas mostraram a identificação do ambulatório de especialidades como fonte regular de cuidado, considerado para este estudo como satisfação. Já para a assistência prestada por diferentes profissionais a cada atendimento as falas apontam a fragilidade do vínculo terapêutico, sinalizando a insatisfação do usuário.

O cuidado longitudinal é favorecido principalmente pelo longo tempo de atuação na mesma unidade de saúde, pressupõe a manutenção de vínculos duradouros com os usuários (BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012), no entanto, sobre a relação profissional e usuário há fragilidade visto que os usuários relataram ser atendidos cada vez por um profissional médico diferente.

Quando os profissionais conhecem melhor os usuários, eles são mais capazes de julgar a necessidade de intervenções diagnósticas e de avaliar diferentes modos de intervenção. Essas vantagens são mais bem alcançadas quando a relação é com um profissional em particular e não com um local específico (STARFIELD, 2002).

5.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No que se refere às limitações, durante o desenvolvimento do estudo alguns aspectos foram identificados:

- a impossibilidade de realizar a avaliação da estrutura utilizando-se a planta física do local, pois o serviço não disponibilizou a mesma;
- a qualidade de registros dos dados coletados em prontuários podem ter prejudicado a avaliação de alguns parâmetros, como o registro da medição de pressão arterial, por aproximações dos valores registrados pelos profissionais;
- o fato de se ter considerado neste estudo o tempo de doença registrado em prontuário em detrimento da identificação de registro de primeira consulta no serviço;
- a dificuldade na disponibilização de sala no horário de atendimento ambulatorial para realização das entrevistas;
- as entrevistas terem sido realizadas no serviço podem ter influenciado na resposta dos informantes, gerando um viés de informação e memória que podem ter interferido nos resultados;
- após o término das entrevistas com os usuários, percebeu-se que seria importante também ter ouvido os profissionais acerca do cuidado oferecido no serviço para usuários com DM, apontando a necessidade de outras investigações que tragam esses aspectos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção à saúde aos usuários com diabetes *mellitus* em um Centro de Saúde Escola no Distrito Oeste de Ribeirão Preto, SP. Acredita-se que os achados irão contribuir para o embasamento de outros conhecimentos na área da avaliação da qualidade de serviços de saúde no SUS, bem como qualificar a própria atenção ofertada a esses usuários, para mais qualidade de vida e bem-estar social.

O estudo traz informações que servirão de subsídios para gerentes de Unidades de Saúde, bem como gestores do sistema público de saúde na formulação de políticas, tanto no âmbito de formação de recursos humanos como, também, para uma ambiência nos serviços de saúde favorável ao acolhimento e vínculo das pessoas com essa condição crônica.

O ambulatório de especialidades do CSE destina-se ao atendimento a usuários de forma programada e continuada, visando a atenção à saúde, por meio de atividades de promoção, prevenção e vigilância à saúde.

Entende-se que as características demográficas e clínicas dos usuários com DM2, apresentadas nesta investigação, poderão auxiliar no planejamento do tratamento da doença e de estratégias educativas direcionadas às suas necessidades, de maneira permanente e progressiva, contribuindo, assim, para o alcance das metas de controle estabelecidas nas diretrizes e protocolos clínicos.

Ainda, no contexto clínico-demográfico, os usuários com DM atendidos no ambulatório de especialidades do CSE são, em maioria, do sexo feminino; na faixa etária de 50 a 59 anos, acompanhados por médicos especialistas, apresenta a hipertensão como sendo a comorbidade de maior prevalência e há elevado número de usuários com mais de uma comorbidade. Esse fato deve ser observado no caso de programas de saúde para usuários com diabetes *mellitus* a fim de que decisões sejam tomadas para minimizar tais resultados.

Considera-se que a estrutura física do serviço é apropriada para a oferta dos cuidados e atividades programadas em diabetes *mellitus*, pois atende a maioria dos critérios preconizados pela Anvisa. A disposição dos consultórios bem como a iluminação e ventilação no serviço, é considerada adequada para o atendimento ao usuário com DM2, favorecendo um ambiente mais acolhedor. No entanto, o consultório de enfermagem não se enquadra nessa adequação como os demais consultórios locais de atendimento.

O ambulatório de especialidades do CSE-FMRP/USP contempla a equipe mínima, proposta pelo MS, no tocante ao atendimento do usuário na atenção em DM, porém, nem todos os profissionais utilizam o prontuário de saúde para registros dos atendimentos.

Os recursos materiais utilizados para tratamento dos usuários com DM2 no ambulatório atendem as necessidades em relação às quantidades existentes, conforme o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes do Município.

O predomínio de registros dos profissionais médicos em detrimento de outros atendimentos aponta que o modelo de organização do trabalho está centrado no modelo biomédico, nesse serviço de saúde.

O registro das atividades técnicas é um fator a ser considerado e revisto pela equipe do serviço, pois o registro de medição da altura, CA e do IMC foram muito baixos neste estudo.

Concernente aos exames laboratoriais mínimos, o serviço não vem cumprindo o proposto pelo Protocolo Municipal e MS, considerando que os exames laboratoriais analisados neste estudo, que deveriam ser realizados por todos usuários com DM, estão com pequeno número de registros em prontuário.

O registro em prontuários de saúde é algo importante a ser discutido e considerado pelos profissionais e gestores do ambulatório de especialidades. As consultas realizadas pelo enfermeiro apresentaram-se como atendimentos pontuais com ênfase nas orientações acerca do uso dos medicamentos, principalmente da insulina e parece não ser rotina no serviço.

O exame dos pés, parece não fazer parte do atendimento do enfermeiro e poucos registros médicos foram encontrados nos prontuários de saúde relacionados com a avaliação dos pés. Nos registros não se evidenciou o encaminhamento dos usuários para atividades educativas implementadas por outros profissionais.

Os resultados demonstram que há associação com significância estatística entre hemoglobina glicada acima de 7% e idade, e o único indicador a atender o padrão mínimo de exigência no ambulatório de especialidades, no período do estudo, foi o valor da pressão arterial menor que 130/90mmHg.

O maior destaque desses resultados, no entanto, deve-se ao representativo número de prontuários sem registros ou com registros de baixa qualidade. No que se refere à satisfação do usuário, foi demonstrada a identificação do ambulatório de

especialidade como fonte regular de cuidado e a insatisfação no que se refere à acessibilidade ao serviço.

Na relação profissional e usuário, há fragilidade pelo atendimento ser realizado cada vez por um profissional médico diferente. No entanto, o usuário desse serviço deve ser esclarecido que, por se tratar de um Centro de Saúde Escola, essa dinâmica de atendimento por diferentes profissionais é inerente ao serviço.

Considera-se, com este estudo, que o conhecimento científico sobre diabetes *mellitus*, as propostas de prevenção e a divulgação de informações não têm sido suficientes para superar as dificuldades no controle da doença e prevenção das complicações crônicas e que, para o tratamento adequado a cada usuário, são necessárias outras providências, responsáveis pela melhoria do controle glicêmico, pressórico e lipídico, tais como mudança de estilo de vida, devem ser estimuladas e avaliadas no ambulatório.

Vale ressaltar que a boa estrutura não garante que o processo corresponda à qualidade da estrutura, como identificado nos achados deste estudo.

A insatisfação em diversos itens mais especificamente no componente processo dá indícios de que a avaliação do resultado da assistência não está adequado. Esse fato suscita o desenvolvimento de novas perspectivas de pesquisas que saltem dos estudos descritivos para o desenvolvimento de estudos pragmáticos ou interventivos, que permitam a introdução de novas tecnologias do cuidado e, assim, com base em evidências científicas, poderão ser verificados se os mesmos são de qualidade quanto aos seus benefícios em comparação às práticas já existentes, ou ao desenvolvimento dos serviços de saúde.

Dessa forma, a informatização dos sistemas de registros ou prontuários eletrônicos é um aspecto que poderia ser implantado no serviço e assim avaliado, tomando como parâmetros outras unidades que não introduziram tais tecnologias ou fizeram esse investimento. Da mesma forma novos protocolos podem ser incluídos na rotina dos serviços de saúde para acompanhamento dos usuários com diabetes *mellitus*, e avaliados quanto à sua efetividade no tocante à qualidade dos resultados clínicos laboratoriais, bem-estar social e satisfação dos usuários.

Os novos horizontes que emergem a partir desta investigação são incomensuráveis, e nessa construção a autoria não está intencionada a sobrepor, por ordem de importância, os estudos pragmáticos aos descritivos ou tampouco colocá-los em posição antagônica, mas, sim, deixar registrado que eles são

complementares e, a depender do momento em que se encontra a pesquisa, é importante avançar em termos de mudança de uma realidade social.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, DF, 2002. (RDC, n. 50).

ALENCAR, A. M. P. G. **Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-Ceará**. 2013. 207 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes–2011. **Diabetes Care**, New York, v. 34, p. S11-S61, 2011. Supplement 1.

_____. Standards of medical care in diabetes-2012. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 35, p. S11-S63, 2012. Supplement 1.

ARIMURA, S. T. et al. Waist circumference is better associated with high density lipoprotein HDL-c) than with body mass index (BMI) in adults with metabolic syndrome. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 26, n. 5, p. 1328-1332, 2011.

ASSUNÇÃO, M. C.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no sul do país: estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

BAHIA, L. et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian Public Health System. **Value in Health**, Malden, v. 14, p. S137-S140, 2011. Supplement 1.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

BARATIERI, T; MANDU, E.N. T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.5, p. 1260-1267,2012.

BOSI, P. L. et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 726-732, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 59).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: ambiência. 2. ed. Brasília, DF, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_1163_FL.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, DF, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006f. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2006g. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Brasília, DF, 2007. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2583.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, 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). Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 20 maio 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. 2012. Seção 1, p. 288-289. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 20 jan. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.368, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação de revisão de prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 184-185. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 13 jan. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 705-711, 2006.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L.. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v.16, suppl.1, p. 1029-1042, 2011.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, v. 44, n. 3, p. 383-404, 1966.

_____. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. p. 77-125. v. 1.

_____. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, Chicago, v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992.

DROUMAGUET, C. et al. Use of HbA1c in predicting progression to diabetes in French men and women: data from an Epidemiological Study on the Insulin Resistance Syndrome (DESIR). **Diabetes Care**, Alexandria, v. 29, p. 1619-1625, 2006.

ESCOBAR, E. M. A. Aspectos conceituais da avaliação da qualidade em serviços de saúde. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. (Org.). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002. p. 93-101.

FARIA, H. T. G. **Desafios para a atenção em saúde: adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no município de Passos, Minas Gerais**. 2011. 170 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana Saúde, 1997.

FERRAZ, A. E. P. et al. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 33, p. 170-175, 2000.

FONTANA, R. S. Humanização no processo de trabalho de enfermagem: uma reflexão. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207, 2010.

GAFURI, A. M. et al. Avaliação do cuidado ao usuário portador de diabetes em unidade de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 443-447, 2011.

GAIOSO, V. P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família no município de Ribeirão Preto – SP**. 2007. 152 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Accessibility and demand at an emergency care unit: the user's perspective. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 19-25, 2012. Número especial 2.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 1, p. 49-54, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 maio 2011.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care**, New York, v. 15, p. 1509-1516, 1992.

MENDES, A. B. V. et al. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. **Acta Diabetologica**, Berlin, v. 47, p. 137-145, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 3-11, 2008. Suplemento 4.

MIELCZARSKI, R. G.; COSTA, J. S. D.; OLINTO, M. T. A. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 71-78, 2012.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, S. A. et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-941, 2010.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA, A. F. et al. Global burden of disease attributable to diabetes mellitus in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1234-1244, 2009.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; TEIXEIRA, C. R. S. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care center. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 768-773, 2007. Número especial.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família**. 2007. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2007. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3923/2/000029.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

PINTO, I. C. et al. As práticas de enfermagem em um ambulatório na perspectiva da integralidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 909-916, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2013.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PSICO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes**. Ribeirão Preto, 2006.

_____. **Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes**. Ribeirão Preto, 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão - anexo II**. Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/2012_relatorio_gestao.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H. M.; NOZAWA, M. R. O controle do diabetes mellitus em usuários de Unidade Básica de Saúde, Campinas, SP. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 41-49, 2006. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5109/3325>>. Acesso: 20 jun. 2013.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 159-163, 2000.

SCHMIDT, M. I. et al. Saúde no Brasil 4. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, New York, p. 61-74, 2011.
doi:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

SILVA, A. S. B. **Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto-SP, Ribeirão Preto**. 2009. 129 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

_____. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 512-518, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Diagnóstico e classificação. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro v. 17, n. 1, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3. ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

_____. **Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2**. São Paulo, 2011. Atualização jun. 2011. (Posicionamento Oficial SBD, n. 3). Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamento-sbd-n-03-2011.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013.

SOUZA, C. R.; ZANETTI, M. L. Administração de insulina: uma abordagem fundamental na educação em diabetes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 264-270, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TEIXEIRA, C. R. S. **A atenção em diabetes mellitus no serviço de medicina preventiva-SEMPRE: um estudo de caso.** 2003. 162 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

TORQUATO, M. T. C. G. et al. Prevalence of Diabetes Mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 121, n. 6, p. 224-230, 2003.

TRAVAGIM, D. S. A. et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 291-297, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a21.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2013.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 11, n. 5/6, p. 365-373, 2002.

TSCHIEDEL, B. et al. Organização de um serviço de assistência ao paciente com diabetes mellitus tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 219-232, 2008.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Júpiter – Sistema de Graduação. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: Disciplina: RCG0510 - Estágio Integrado em Centros de Saúde e Medicina Comunitária. Disponível em: <<https://sistemas2.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=RCG0510&nomdis=>>. Acesso em: 2 maio 2013a.

_____. Júpiter – Sistema de Graduação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: **Disciplina:** 2200083 - estágio curricular: enfermagem na atenção básica. Disponível em: <<https://sistemas.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=2200083&verdis=4>>. Acesso em: 22 maio 2013b.

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

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAIS, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S173-S182, 2008. Suplemento 1.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde**

dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2005. p. 15-39.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing chronic diseases:** a vital investment. Geneva, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Entrevista Semi-Estruturada com Usuário

Entrevista número:

>data:

>local:

>início:

>término:

A satisfação do usuário com diabetes em relação ao atendimento recebido no Centro de Saúde Escola

Conteúdos	Perguntas norteadoras
Local de atendimento no Centro de Saúde Escola e sua adequação	O que o senhor(a) pensa sobre o local onde é atendido pela equipe de enfermagem em relação à iluminação, ventilação, disposição de mobiliário, entrada e saúde de trabalhadores e usuários, limpeza, aparência,...explique.
Exames laboratoriais	O senhor(a) tem acesso à realização de exames e aos resultados, são realizados regularmente, quem faz orientação sobre exames e como é feita essa orientação?
Medicamentos	O senhor(a) tem acesso aos medicamentos, onde o senhor(a) retira os medicamentos, o que é necessário para obter a medicação, quem orienta como usá-las?
Atividade da equipe de enfermagem	Ao ser atendido(a) no Centro de Saúde Escola como o senhor(a) identifica quais são os profissionais da equipe, o que eles colaboram para seu tratamento/acompanhamento de saúde? Explique.
Acolhimento da equipe	Como o senhor(a) se sente ao ser atendido pela equipe de enfermagem? Explique.
Vínculo	Como é o seu relacionamento com a equipe e da equipe com o senhor(a)? Qual é a integração/articulação entre os membros da equipe para atenção à sua saúde e dos outros pacientes com diabetes?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre Esclarecido I

Prezado (a) Sr(a), _____ n° HYGIA _____

Venho através deste, convidá-lo a participar da pesquisa "Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em um Centro de Saúde Escola no interior de São Paulo" que estamos desenvolvendo.

Este trabalho tem como objetivo avaliar estrutura, processo e resultado do atendimento em diabetes no ambulatório de especialidades do Centro de Saúde Escola-CSE.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa e voluntariamente autorizar a utilizarmos dados referentes aos seus atendimentos registrados no seu prontuário de saúde (data de nascimento, sexo, peso, altura, medida de circunferência abdominal, tipo de diabetes, exames laboratoriais, registro de tipo de tratamento e atendimentos de saúde).

O uso das informações ficará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais. Portanto, não haverá outro destino aos dados colhidos.

As informações serão muito úteis para podermos melhorar o planejamento dos serviços de saúde e, com sua participação, você estará contribuindo para produção de conhecimento para a melhoria da saúde e da assistência neste local.

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

- a garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;

- a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de seu atendimento e tratamento habitual neste serviço;

- a segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;

- o compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;

- se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Este documento foi elaborado em duas vias assinadas pelo pesquisador e orientador, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Eu, Sr. (a) _____ RG: _____

Abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo.

Ribeirão Preto, data: _____/_____/_____

Participante

Pesquisador

Orientador

Qualquer dúvida para esclarecimentos, entrar em contato com Fabiana Costa Machado Zacharias (16) 9107.7117 fabiana.zacharias@usp.br ou Prof^a. Ione Carvalho Pinto pelo telefone (16) 3602.3429 ou no endereço Av. Bandeirantes, 3900. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP ioneclarv@eerp.usp.br

APÊNDICE C**Termo de Consentimento Livre Esclarecido II**

Prezado(a) Sr(a), _____ nº HYGIA _____

Venho, através deste, convidá-lo a participar da pesquisa "Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em um Centro de Saúde Escola no interior de São Paulo" que estamos desenvolvendo.

Este trabalho tem como objetivo avaliar estrutura, processo e resultado do atendimento em diabetes no ambulatório de especialidades do Centro de Saúde Escola – CSE.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa e voluntariamente responder a algumas perguntas, que lhe serão feitas. As suas informações e respostas serão gravadas, com sua autorização, transcritas do jeito que você responder e mantidas sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador. O seu nome será mantido em sigilo e as pessoas não serão identificadas. Também utilizaremos dados referentes aos atendimentos registrados no seu prontuário de saúde (data de nascimento, sexo, peso, altura, medida de circunferência abdominal, tipo de diabetes, exames laboratoriais, registro de tipo de tratamento e atendimentos de saúde).

O que lhe pedimos é o tempo de, aproximadamente, 20 minutos, que você terá de gastar para responder às perguntas. Caso você se canse poderemos interromper a entrevista a qualquer momento e marcamos outro dia se assim preferir.

O uso das informações ficará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais. Portanto, não haverá outro destino aos dados colhidos.

As informações que você nos der serão muito úteis para podermos melhorar o planejamento dos serviços de saúde e, com sua participação, você estará contribuindo para produção de conhecimento para a melhoria da saúde e da assistência neste local.

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

- a garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;
- a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de seu atendimento e tratamento habitual neste serviço;
- a segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;
- o compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;
- se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Este documento foi elaborado em duas vias, assinadas pelo pesquisador e orientador, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Eu, Sr. (a) _____ RG: _____

Abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo.

Ribeirão Preto, data: _____ / _____ / _____

Participante Pesquisador Orientador

Qualquer dúvida para esclarecimentos, entrar em contato com Fabiana Costa Machado Zacharias (16) 9107.7117 fabiana.zacharias@usp.br ou Prof^a. Ione Carvalho Pinto pelo telefone (16) 3602.3429 ou no endereço Av. Bandeirantes, 3900. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP ioneclarv@eerp.usp.br

APÊNDICE D

Formulário para coletas de dados referentes ao componente estrutura para a atenção em DM

RECURSOS HUMANOS	
Medico endocrinologista	() SIM () NÃO
Médico generalista	() SIM () NÃO
Médico oftalmologista	() SIM () NÃO
Enfermeiro	() SIM () NÃO
Auxiliar /técnico de enfermagem	() SIM () NÃO
Farmacêutico	() SIM () NÃO
Dentista	() SIM () NÃO
Assistente social	() SIM () NÃO
Agente comunitário	() SIM () NÃO

RECURSOS MATERIAIS	
Esfigmomanômetros de uso adulto	() SIM () NÃO
Esfigmomanômetros de uso adulto obeso	() SIM () NÃO
Balanças	() SIM () NÃO
Régua antropométrica	() SIM () NÃO
fita métrica	() SIM () NÃO
monofilamento de Semmes Weinstein de 10g na unidade	() SIM () NÃO
Glicosímetro	() SIM () NÃO
Recipiente para armazenamento de materiais perfurocortantes	() SIM () NÃO

MEDICAMENTOS	
Glibenclamida 5mg comprimido	() SIM () NÃO
Cloridrato de metiformina 850mg comprimido	() SIM () NÃO
Glicazida de 80mg comprimido	() SIM () NÃO
Insulina humana NPH- suspensão injetável 100UI/mL	() SIM () NÃO
Insulina humana regular- suspensão injetável 100UI/mL	() SIM () NÃO

INSUMOS	
Luvas de procedimentos	() SIM () NÃO
Algodão	() SIM () NÃO
Fitas reagentes	() SIM () NÃO
Seringa de 1ml, com agulha acoplada para aplicação de insulina	() SIM () NÃO
Tiras reagentes de medida de glicemia capilar	() SIM () NÃO
Lancetas para punção digital	() SIM () NÃO

APÊNDICE E

Roteiro de observação de atendimento realizado por enfermeiro

ENFERMEIRO	
Há realização de consulta de enfermagem?	()SIM ()NÃO
Durante a consulta com enfermeiro	
O usuário é tratado de forma adequada?	()SIM ()NÃO
Recebe orientação sobre mudanças no estilo de vida?	()SIM ()NÃO
Recebe orientação sobre uso dos medicamentos?	()SIM ()NÃO
Há exame dos pés?	()SIM ()NÃO
São solicitados exames laboratoriais?	()SIM ()NÃO
Recebe orientação quanto aos exames complementares?	()SIM ()NÃO
A consulta com o oftalmologista é checada?	()SIM ()NÃO
Há encaminhamento para o oftalmologista?	()SIM ()NÃO
Há encaminhamento para o médico especialista/clínico?	()SIM ()NÃO
A linguagem é clara e acessível ao usuário?	()SIM ()NÃO
O usuário no atendimento é estimulado a participar no planejamento dos cuidados prescritos?	()SIM ()NÃO
O usuário é indagado sobre existência de dúvidas quanto às orientações fornecidas durante a consulta?	()SIM ()NÃO
Há orientação ao usuário com diabetes <i>mellitus</i> que procura a unidade sem agendamento prévio?	()SIM ()NÃO

APÊNDICE F**Roteiro de observação de atendimento realizado por auxiliares de enfermagem****AUX/TEC DE ENFERMAGEM**

Durante a o atendimento que antecipa a consulta médica (pré-consulta)

- O usuário é chamado pelo nome? ()SIM ()NÃO
- O usuário é tratado com respeito? ()SIM ()NÃO
- Os níveis de pressão arterial do usuário são verificados? ()SIM ()NÃO
- O peso é mensurado? ()SIM ()NÃO
- A altura é verificada? ()SIM ()NÃO
- Mede-se a circunferência abdominal? ()SIM ()NÃO

Durante atendimento após a consulta médica

- O usuário é chamado pelo nome? ()SIM ()NÃO
- O usuário é tratado com respeito? ()SIM ()NÃO
- O usuário é orientado quanto ao uso dos medicamentos prescritos? ()SIM ()NÃO
- Usa a linguagem clara e acessível a cada usuário? ()SIM ()NÃO
- Pergunta ao usuário se tem dúvidas quanto às orientações dadas? ()SIM ()NÃO

Há orientação ao usuário com diabetes mellitus que procura a unidade sem agendamento prévio? ()SIM ()NÃO

APÊNDICE G

Formulário para anotação de dados de prontuários de saúde dos usuários com diabetes mellitus

DADOS DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

- V1 Dada nascimento
- V2 Sexo () masc () fem
- V3 Tempo da doença registrado em prontuário
- V4 Acompanhamento médico () generalista () endocrinologista () cardiologista
() outro.....
- V5 Tratamento medicamentoso () insulina () ADO () nenhum () insulina + ADO
- V6 Comorbidades () HÁ () Obesidade () Dislipidemia () Cardiopatia
() outros.....

VALORES DE PARAMÊTROS CLÍNICOS

- V7 Peso Kg () SR
- V8 Altura M () SR
- V9 Circunferência abdominal Cm () SR
- V10 IMC kg/m² () SR
- V11 Valores da pressão arterial mmHg () SR
- V12 Avaliação dos pés () SIM () NÃO
- V13 Avaliação oftalmológica () SIM () NÃO

RESULTADOS DE EXAMES CLÍNICOS LABORATORIAIS

- V15 HbA1C % () SR
- V16 Glicemia de jejum mg/dl () SR
- V17 Glicemia pós-prandial mg/dl () SR
- V18 Colesterol total mg/dl () SR
- V19 Fração de colesterol HDL mg/dl () SR
- V20 Fração de colesterol LDL mg/dl () SR
- V21 Triglicérides mg/dl () SR
- V22 Creatinina mg/dl () SR
- V23 Uréia mg/dl () SR
- V24 Proteína de 24 h () SR
- V25 Microalbuminúria () SR

REGISTRO DE TERAPÊUTICA NÃO MEDICAMENTOSA

- V26 Alimentação () SIM () Não
- V27 Atividade física () SIM () Não
- V28 Estratégias educativas () SIM () Não

ANEXO A



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avonida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 122/2012

Ribeirão Preto, 27 de junho de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 27 de junho de 2012.

Protocolo CAAE: 02446112.9.0000.5393

Projeto: Avaliação da atenção em diabetes mellitus.

Pesquisadores: Ione Carvalho Pinto
Fabiana Costa Machado Zacharias

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Claudia Benedita dos Santos
Vice – Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP