



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE**

**ANDRESSA LIMA RAMOS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**TERESINA - PI**

**2019**

**ANDRESSA LIMA RAMOS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Linha de Pesquisa: Análise de Situações de Saúde.

**TERESINA - PI**

**2019**

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco  
Serviço de Processamento Técnico

R175a Ramos, Andressa Lima.  
Avaliação da qualidade da assistência às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na Atenção Primária à Saúde / Andressa Lima Ramos. – 2019.  
107 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Comunidade) – Universidade Federal do Piauí, 2019.  
“Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Roberta Vilarouca da Silva”.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação dos Serviços de Saúde. 3. Diabetes mellitus. 4. Hipertensão Arterial Sistêmica.  
I. Título.

CDD 362.042

**ANDRESSA LIMA RAMOS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Linha de Pesquisa: Análise de Situações de Saúde.

**Aprovado em:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Roberta Vilarouca da Silva (Orientadora)  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Maria Parente Garcia Alencar (Examinadora Externa)  
Universidade Regional do Cariri (URCA)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luisa Helena de Oliveira Lima (Examinadora interna)  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Larissa Gomes Machado (Examinadora interna suplente)  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Á Miguel Eugênio, meu anjo bem nascido que  
me fez renascer.

## AGRADECIMENTOS

Ao olhar para trás e ver o caminho percorrido nestes dois anos, percebo o quanto cresci pessoal e profissionalmente. Vejo que isso só foi possível, porque estiveram ao meu lado pessoas muito importantes, que contribuíram para que eu chegasse até aqui. Penso que esta caminhada não acaba neste momento, ela apenas assume uma nova trajetória, e muitas dessas pessoas permanecerão ao meu lado, em minha memória e no meu coração.

Agradeço a **Deus**, pelo dom da vida e por iluminar e conduzir meus passos, durante todos os dias, nessa caminhada da vida.

À **Nossa Senhora da Conceição**, por interceder junto a Deus, pela proteção da minha família, pelas graças e bênçãos a nós concedidas.

Aos meus pais, **Edilson Ramos** e **Silvana Lima** que me educaram e me ensinaram a ter resiliência e nunca deixar de acreditar nos meus sonhos. Obrigada por estarem ao meu lado nos momentos bons e segurarem a minha mão nos momentos difíceis.

À **Weney Neco**, meu esposo, companheiro, melhor amigo e amor da minha vida. Obrigada por sempre acreditar mais em mim do que eu mesma e por não permitir que eu desistisse de nenhuma etapa. Sem você tudo não teria passado de um sonho.

Ao meu filho, **Miguel Eugênio**, bênção maior da minha vida, pela serenidade e amor que trouxe à minha vida.

Aos meus avós, **Inácio Spíndola**, **Maria dos Prazeres**, **Maria do Carmo** e **Nonato Ramos** por serem meu grande exemplo de humildade e sabedoria.

À minha sogra e cunhada, **Sônia Neco** e **Nayra Karoline** pelo apoio e confiança depositados desde sempre.

À minha amiga e comadre **Gracyanne Machado**, por ser uma inspiração em minha vida profissional.

À minha amiga e conselheira **Daniela Vieira**, por sempre me compreender e acolher, como uma enviada de Deus em minha vida.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade**, pela oportunidade em me tornar mestre.

À orientadora **Ana Roberta**, que guiou meus passos ao longo dessa construção. Obrigada pela paciência, disponibilidade e dedicação.

Aos professores do curso de medicina da UFPI Campus Ministro Reis Velloso, em especial à professora **Lorena Soares**, por não medir esforços para viabilizar meu estágio em docência e pelo cuidado e dedicação durante o processo.

Aos **professores** do mestrado, pelo compartilhamento de saberes e contribuição científica na minha formação.

Aos meus **amigos conquistados no mestrado**, por levarem afeto e leveza aos nossos dias de aula, e por toda experiência e conhecimento compartilhado, em especial à **Stephanie Sarah**, pela sua amizade e solidariedade.

À **Secretaria Municipal de Saúde**, em especial aos profissionais da Atenção Básica pela contribuição durante a coleta de dados.

Aos meus **colegas de trabalho**, por compreenderem minhas ausências e me representarem quando fosse preciso.

Enfim, agradeço a todos que tornaram possível a realização deste projeto e contribuíram direta ou indiretamente para a construção desta dissertação, meus sinceros agradecimentos.

“Eu aprendi que para crescer como pessoa eu preciso me cercar de gente mais inteligente do que eu”. (William Shakespeare)

## RESUMO

RAMOS, A. L. **AValiação DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** (Mestrado em Saúde e Comunidade) Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.

As doenças crônicas, em particular a hipertensão e o diabetes, requerem monitoramento e ações que possam contribuir com o manejo clínico adequado dessas patologias, pois representam uma grande sobrecarga no sistema de saúde e impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas. Nesse sentido, realizou-se um estudo avaliativo, tipo normativo, com abordagem quantitativa, que tem como objetivo geral de avaliar a qualidade da assistência à pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária à saúde de Araiões, Maranhão. A amostra foi composta por 190 prontuários de usuários com HAS e/ou DM e por 51 profissionais da equipe de saúde, abrangendo 17 enfermeiros, 17 médicos e 17 técnicos ou auxiliares de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de seis instrumentos já validados adaptados à realidade do local do estudo com vista a obter dados relacionados aos componentes avaliativos estrutura e processo, a partir de observação direta das estruturas, recursos e ações desenvolvidas nas unidades voltadas à pessoa com HAS e DM tipo 2. A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/12, sendo aprovado sob parecer nº 2.344.652/2017. Identificou-se diferença estatisticamente significativa entre as distribuições dos níveis de qualidade da assistência nos subcomponentes de avaliação da estrutura, sendo que os níveis para recursos materiais e humanos são mais de 40% superior à média dos demais. Enquanto que as condições de edificações e a disponibilidade de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes obtiveram as menores avaliações (11,8%, 34,1% e 36,9%, respectivamente). Quanto ao componente processo, todos os profissionais da equipe mínima apresentaram médias altas de nível de qualidade da assistência, com destaque dos enfermeiros, os quais estão à frente do processo de cuidado e acompanhamento desse público utilizando a consulta de enfermagem e atividades grupais para obterem melhores resultados. Evidenciou-se que o nível de qualidade da assistência total foi considerado como moderado em 88,2% das UBS, com menores níveis de qualidade identificados no componente 'estrutura'. Deste modo, esse estudo pode contribuir para a adequação das condições físicas das UBS, bem como para o provimento adequado de medicamentos e insumos, impactando diretamente na dimensão 'resultado', a partir da avaliação periódica das condições de saúde dos usuários atendidos, bem como da satisfação dos usuários relacionada à assistência. Para isso, faz-se necessário o compartilhamento desses resultados com os profissionais e gestores municipais, a fim de dar visibilidade e promover reflexão sobre a avaliação realizada.

**Palavras-chave:** Avaliação dos Serviços de Saúde. Diabetes mellitus. Hipertensão Arterial Sistêmica. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**RAMOS, A. L. ASSESSMENT OF ASSISTANCE QUALITY TO PERSONS WITH HYPERTENSION AND/OR DIABETES IN PRIMARY HEALTH CARE.** Dissertation (Master's degree in Health and Community) Post-graduation Program in Health and Community, Health Sciences Center, Federal University of Piauí, Teresina, 2019.

Chronic diseases, in particular hypertension and diabetes, require monitoring and actions that may contribute to the adequate clinical management of these pathologies, since they represent a great overload in the health system and impact on the quality of life of people affected. In this sense, a normative, quantitative, evaluative study was carried out, whose general objective is to evaluate the quality of care for people with hypertension and / or type 2 diabetes mellitus in primary health care in Araióses, Maranhão. The sample consisted of 190 records of users with SAH and / or DM and 51 professionals from the health team, comprising 17 nurses, 17 physicians and 17 technicians or nursing assistants. The data were collected through six validated instruments adapted to the reality of the study site in order to obtain data related to the evaluation components structure and process, from direct observation of the structures, resources and actions developed in the units directed to the person with SAH and type 2 DM. The research was carried out in accordance with Resolution 466/12, and was approved under opinion No. 2,344,652 / 2017. A statistically significant difference was found between the distributions of the levels of quality of care in the subcomponents of evaluation of the structure, and the levels for material and human resources are more than 40% higher than the average of the others. While building conditions and the availability of antihypertensive and hypoglycemic drugs obtained the lowest evaluations (11.8%, 34.1% and 36.9%, respectively). Regarding the process component, all the professionals of the minimum team presented high averages of quality of the care, with emphasis on the nurses, who are ahead of the process of care and follow up of this public, using the nursing consultation and group activities to obtain better results. It was evidenced that the level of quality of the total assistance was considered as moderate in 88.2% of the BHUs, with lower levels of quality identified in the 'structure' component. Thus, this study can contribute to the adequacy of the physical conditions of the PHUs, as well as to the adequate provision of medicines and inputs, directly impacting the 'result' dimension, based on the periodic evaluation of the health conditions of the users served, as well as of user satisfaction related to assistance. For this, it is necessary to share these results with professionals and municipal managers, in order to give visibility and promote reflection on the evaluation performed.

Key words: Evaluation of Health Services. Diabetes mellitus. Systemic Arterial Hypertension. Primary Health Care.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização demográfica, clínica e terapêutica medicamentosa dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus (n=190). Araiões, MA, Brasil, 2018.....	41
TABELA 2 - Organização física das unidades básicas de saúde segundo condições físicas, de conforto e edificação (n=17). Araiões, MA, Brasil, 2018.....	43
Tabela 3 - Organização física das unidades básicas de saúde segundo recursos humanos e materiais (n=17). Araiões, MA, Brasil, 2018.....	44
TABELA 4 - Organização física das unidades básicas de saúde segundo medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais (n=17). Araiões, MA, Brasil, 2018.....	45
TABELA 5 - Organização física das unidades básicas de saúde segundo insumos (n=17). Araiões, MA, Brasil, 2018.....	46
TABELA 6 - Atividades do atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus realizadas pelos profissionais de saúde (n=51). Araiões, MA, Brasil, 2018.....	47
TABELA 7 - Classificação do nível de qualidade da assistência total e nos componentes estrutura e processo nas unidades básicas de saúde (n=17). Araiões, MA, Brasil, 2018.....	50
TABELA 8 - Relação entre o nível de qualidade da assistência no município e as características dos usuários. Araiões, MA, Brasil, 2018.....	51

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

QUADRO 1 - Distribuição dos usuários conforme unidades de saúde do município de Araioses (n=190). Araioses, MA, Brasil, 2017.....	36
QUADRO 2 - Sinóptico da metodologia da Pesquisa.....	40
GRÁFICO 1 - Médias do nível de qualidade da assistência quanto ao componente 'estrutura'. Araioses, MA, Brasil, 2018.....	49
GRÁFICO 2 - Médias do nível de qualidade da assistência quanto ao componente processo conforme grupo de profissionais da saúde (n=51). Araioses, MA, Brasil, 2018.....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DAB	Departamento de Atenção Básica
DM	Diabetes mellitus
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Intervalos de confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds ratio
PA	Pressão Arterial
PCPC	<i>Johns Hopkins Primary Care Policy Center</i>
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PMAQ AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RP	Razão de prevalência
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SM	Síndrome metabólica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
2.1	Geral.....	18
2.2	Específicos.....	18
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
3.1	As Doenças Crônicas Não Transmissíveis .....	19
3.2	O Panorama da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus .....	22
3.3	Avaliação de Serviços de Saúde .....	23
3.4	Avaliação da Atenção Básica no Brasil.....	25
3.5	Avaliação em Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus .....	30
<b>4</b>	<b>METODOS .....</b>	<b>34</b>
4.1	Delineamento do Estudo.....	34
4.2	Local e Período do Estudo.....	34
4.3	População e Amostra .....	35
4.4	Instrumentos e Técnicas de Coleta de Dados .....	37
4.5	Operacionalização do Estudo .....	37
4.6	Procedimentos para Análise dos Dados .....	38
4.7	Procedimentos Éticos.....	39
4.8	Riscos e Benefícios .....	39
4.9	Sinóptico da Metodologia da Pesquisa.....	40
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
5.1	Caracterização dos usuários com HAS e/ou DM segundo variáveis demográficas, clínicas e terapêutica medicamentosa .....	41
5.2	O componente estrutura na atenção às pessoas com HAS e DM .....	42
5.2.1	Análise da organização física das UBS segundo recursos físicos, humanos, materiais, medicamentos, insumos e fluxo de atendimento .....	42
5.3	O componente processo na atenção à pessoa com HAS e/ou DM .....	47
5.3.1	Análise do atendimento realizado pelos profissionais de saúde aos usuários com HAS e/ou DM2 .....	47
5.4	Níveis de qualidade da assistência a partir dos componentes estrutura e processo.....	49
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>52</b>
6.1	Caracterização dos usuários com HAS e/ou DM segundo variáveis demográficas, clínicas e terapêutica medicamentosa .....	52
6.2	O componente estrutura na atenção às pessoas com HAS e/ou DM .....	54

6.2.1	Análise da organização física das UBS segundo recursos físicos, humanos, materiais, medicamentos, insumos e fluxo de atendimento .....	54
<b>6.3</b>	<b>O componente processo na atenção à pessoa com HAS e/ou DM .....</b>	<b>58</b>
6.3.1	Análise do atendimento realizado por profissionais de saúde aos usuários com HAS e/ou DM2 .....	58
<b>6.4</b>	<b>Análise do nível de qualidade da assistência a partir dos componentes estrutura e processo .....</b>	<b>62</b>
<b>6.5</b>	<b>Qualidade da Assistência na atenção às pessoas com HAS e/ou DM e sua relação com as características dos usuários .....</b>	<b>63</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>65</b>
<b>8</b>	<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>66</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>
	<b>Apêndice A- Formulário contendo variáveis demográficas, clínicas e terapêutica medicamentosa*.....</b>	<b>32</b>
	<b>Apêndice B – Formulário para a observação direta para obtenção das variáveis relativas à distribuição das áreas físicas, condições de conforto e edificação dos ambientes (Alencar, 2013).....</b>	<b>84</b>
	<b>Apêndice C – Formulário (check-list) para obtenção das variáveis recursos humanos, materiais, medicamentos e insumos .....</b>	<b>84</b>
	<b>Apêndice D – Formulário para observação direta do atendimento realizado pelo enfermeiro .....</b>	<b>85</b>
	<b>Apêndice E – Formulário para observação direta do atendimento realizado pelo médico .....</b>	<b>86</b>
	<b>Apêndice F – Formulário para observação direta do atendimento realizado pelo técnico ou auxiliar de enfermagem .....</b>	<b>87</b>
	<b>Apêndice G – Termo de Compromisso para Utilização de Dados .....</b>	<b>88</b>
	<b>Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>89</b>
	<b>Apêndice I – Artigo .....</b>	<b>91</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica (AB) é a Atenção em Saúde para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estas condições são muito prevalentes e para suas abordagens serem efetivas, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

As DCNT são multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais e relacionam-se a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, o consumo demasiado de sódio, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física (BRASIL, 2011a).

No Brasil, nas últimas décadas, as DCNT passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidades prematuras, além de ultrapassarem as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, representando altos custos na atenção hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

As alterações relacionadas à incidência e à prevalência das condições crônicas impactam nos elevados índices de óbitos causados por DCNT, o que é reflexo do estágio atual da transição demográfico-epidemiológica e envelhecimento populacional pela qual passa a população brasileira (MIRANZI *et al.*, 2008).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM) que compõem as principais causas de hospitalizações no sistema público de saúde, são os principais fatores de risco populacionais para as doenças cardiovasculares, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na atenção primária à saúde. Na tentativa de reduzir o número de hospitalizações e de atingir o acompanhamento e tratamento adequados na atenção básica, diversas estratégias e ações vêm sendo elaboradas e adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014).

Dentre essas ações, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus possui destaque à medida em que estabelece a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde; a vinculação dos usuários à rede; e a implementação de programa de educação permanente em Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Segundo o Plano, o tratamento da HAS e do DM inclui estratégias de educação em saúde, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, a organização dos serviços de saúde deve garantir acesso e qualidade de atendimento às pessoas, tendo como porta de entrada a AB, a qual deve reconhecer o conjunto de necessidades em Saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde. Entretanto, continuam estruturados para atender aos sujeitos em um momento de sofrimento, quando ocorre de forma aguda, demandando respostas imediatas através da abordagem farmacológica (BRASIL, 2013).

Na concepção de Mendes (2010) as condições crônicas, em particular a hipertensão e o diabetes, requerem monitoramento e ações que possam contribuir com o manejo adequado dessas patologias. Para o autor, essas condições constituem, portanto, o grande desafio do século XXI, pois representam uma grande sobrecarga no sistema de saúde que terá que se organizar para atender a esta demanda crescente.

Para o alcance da melhoria dos efeitos dos serviços na saúde da população, é preciso atentar para a qualidade da assistência prestada através deles (MEDEIROS et al., 2010). Com esta finalidade, enfatiza-se a importância da avaliação como uma forma de verificar as condições estruturais, organizacionais e ambientais em que a linha de cuidado em saúde às pessoas com HAS e/ou DM está sendo traçada, a fim de criar subsídios para melhoria dos serviços, por meio da sensibilização tanto dos profissionais, quanto dos gestores envolvidos.

Nessa perspectiva, destaca-se o desafio de buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à APS, considerando a pluralidade de suas dimensões e os diversos atores envolvidos. Para fins desta proposta, qualidade em saúde foi definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas em Saúde (PEREIRA, 2001; BRASIL, 2011b).

Desta forma, parâmetros e/ou atributos são referência para a avaliação da qualidade em saúde. Assim, Donabedian (1966) propõe a avaliação da qualidade do cuidado em saúde a partir da tríade estrutura, processo e resultados. A partir de seus trabalhos, as avaliações na área de saúde assumiram novos contornos teórico-metodológicos, enfocando o conceito de "qualidade", sistematizando uma série de atributos relacionados aos efeitos do cuidado (eficácia, efetividade, impacto), aos custos (eficiência), à disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade) e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida.

Como o MS acrescenta, a avaliação desses serviços de saúde tem como pressuposto “a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolutividade e qualidade” (BRASIL, 2004a, p.5).

Essa avaliação é pautada na análise de atributos relacionados com as características das ações em saúde. Nesse sentido, a avaliação dos serviços de saúde pode ser organizada conforme a cobertura, acessibilidade e equidade; os efeitos das ações e práticas de saúde ofertadas- eficácia, efetividade e impacto; os custos dessas ações e práticas - eficiência; a adequação das ações e práticas ao conhecimento técnico e científico vigente e a percepção dos usuários sobre as práticas de saúde - satisfação dos usuários sobre as práticas de saúde do serviço (DONABEDIAN, 1988).

Desse modo, surge o seguinte problema: Qual a qualidade da assistência prestada ao usuário com hipertensão e/ou diabetes na Atenção Primária à Saúde de Araiões, Maranhão?

Compreende-se que, com o desenvolvimento do processo de avaliação pode-se aumentar o poder dos participantes, bem como o comprometimento com a melhoria das políticas públicas. No sentido de auxiliar os gestores e demais profissionais a compreender os próprios problemas e as possibilidades de modificá-los em seu favor, a avaliação em saúde é considerada um processo que favorece a participação e o debate (HARTZ, 2005).

Segundo o MS, avaliação dos serviços de saúde pelos municípios é necessária para a análise dos resultados, os quais podem proporcionar subsídios para redirecionar o planejamento das ações em saúde. Nesse contexto, a avaliação como componente da gestão em saúde tem um reconhecimento traduzido em existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS, tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito desse sistema (BRASIL, 2007).

Assim, a vivência na Atenção Básica como enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional, no município de Sobral, Ceará, e posteriormente a experiência como coordenadora da vigilância epidemiológica do município de Araiões, Maranhão, possibilitaram que eu ampliasse minha visão crítica sobre a prática de cuidado aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes, os quais na maioria das vezes recebem atenção de forma voltada apenas para eventos agudos em detrimento ao cuidado de maneira longitudinal e integral. Além disso, ressalta-se a importância de buscar as condições ideais para o acompanhamento sistemático, buscando aprimorar aspectos relacionados às dimensões 'estrutura' e 'processo' que possam impactar diretamente na construção adequada da linha de cuidado e qualidade da assistência à usuários com HAS e/ou DM.

Nesse sentido, busca-se reduzir lacunas da literatura relacionadas à amplitude de aspectos avaliados em diferentes dimensões, que impactam diretamente na qualidade da assistência de públicos distintos e daqueles que apresentam essas DCNT simultaneamente. Além disso, apresenta uma avaliação em saúde em um município de pequeno porte do

nordeste brasileiro, buscando contribuir para o planejamento de intervenções com base nos resultados apresentados, como também visa estimular processos avaliativos sistemáticos, não somente externos, como também realizados pelos profissionais da ESF.

Diante do exposto, este trabalho avaliou a qualidade da assistência à saúde da pessoa com HAS e/ou DM na APS, com a finalidade de propor aos gestores municipais intervenções que visem qualificar o serviço de saúde. Assim, avaliar o desenvolvimento dos serviços de saúde é imprescindível para o alcance da qualidade da assistência desejada.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Avaliar a qualidade da assistência à pessoa com hipertensão e/ou diabetes *mellitus* tipo 2 na Atenção Primária à Saúde.

### 2.2 Específicos

Caracterizar os usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus segundo variáveis demográficas, clínicas e terapêutica medicamentosa;

Analisar a organização física das UBS (Unidades Básicas de Saúde) segundo recursos físicos, humanos, materiais, medicamentos, insumos e fluxo de atendimento;

Analisar o atendimento realizado pelos profissionais de saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus;

Analisar o nível de qualidade da assistência aos usuários obtido a partir dos componentes estrutura e processo;

Verificar relações entre o nível de qualidade da assistência no município e as características dos usuários.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 As Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As transformações em âmbito econômico, social e cultural que ocorreram no Brasil nas últimas décadas desencadearam mudanças nas condições de saúde da população. Essas mudanças perpassam as alterações da morbimortalidade, devido ao aumento da expectativa de vida, mudanças no padrão alimentar e no estilo de vida, ocorrendo aumento no número de idosos, e conseqüente aumento das DCNT. Anualmente, acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, o que gera uma demanda importante para o sistema de saúde (CESSE, 2007).

As DCNT se caracterizam por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais. Entre as mais importantes estão a hipertensão arterial, o diabetes, as neoplasias, as doenças cérebro vasculares e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (BRASIL, 2005).

No Brasil, os idosos representam 8,6% da população total. Segundo o IBGE, da década de 1990 para os anos 2000 a população idosa cresceu 17%, o país tem hoje cerca de 20 milhões de pessoas na terceira idade. Em 2025, esse número deve aumentar para 32 milhões de pessoas (BRASIL, 2011).

De acordo com o MS, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de mortalidade em idosos, com mais de 37% das mortes. As mais comuns são o Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a HAS (BRASIL, 2011).

A HAS atinge cerca de 23% dos brasileiros adultos, chegando a mais de 60% nos idosos e está presente em 5% das crianças e adolescentes, de acordo com estimativas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016). O AVE é uma das conseqüências da falta de controle dos níveis pressóricos, e uma das principais causas de morte e de sequelas no Brasil e no mundo, sendo a primeira causa de mortalidade e incapacidade. Atinge 16 milhões de pessoas no mundo, dessas, 6 milhões morrem. Considerando que, no Brasil, são registradas cerca de 68 mil mortes anualmente, isso gera grande impacto econômico e social (BRASIL, 2013a).

De todas as mortes ocorridas no Brasil em 2007, 72% foram atribuídas às DCNT. Embora a avaliação da mortalidade bruta por DCNT indique um aumento de 5% de 1996 para 2007, de 442 para 463 mortes por 100 mil habitantes, quando essas taxas são padronizadas

por idade para a população-padrão da Organização Mundial de Saúde (OMS) e corrigidas para sub-registro com redistribuição das causas mal definidas de morte, a comparação ao longo do tempo mostra que a mortalidade por DCNT diminuiu em 20% de 1996 para 2007. Nesse período, a redução foi de 31% para as doenças do aparelho circulatório e de 38% para as respiratórias crônicas; para o diabetes verificou-se aumento de 2% e, para outras doenças crônicas, diminuição de 2% (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (CHOBANIAN, 2004).

De forma semelhante, o DM é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial. A Federação Internacional de Diabetes (2017) estima que existe cerca de 424 milhões de adultos com o problema em todo mundo, mais de 12 milhões delas estão no Brasil. O número de pessoas com diabetes sem diagnóstico confirmado e de pessoas em estado de pré-diabetes é estimado em 5,7 milhões no Brasil, o que leva a uma taxa de subdiagnóstico de 46% (International Diabetes Federation, 2017).

Além disso, no País, é responsável pela primeira causa de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com IRC, submetidos à diálise glicêmicos (BRASIL, 2013b).

No Brasil, a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% em 2006 para 7,6% em 2017. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade e a frequência do diagnóstico foi particularmente elevada em indivíduos com até oito anos de estudo (BRASIL, 2018).

Verificando o impacto da mortalidade do DM e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos seus portadores, através dos cálculos de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, constatou-se que, em 1999, o DM apresentava uma taxa de 12 por mil habitantes, ocupando a oitava posição (BRASIL, 2010a).

As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2017, foram estimados em 12% do total dos gastos com atenção em saúde. Dados brasileiros sugerem valores semelhantes (IDF, 2017). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017) estimam que os gastos com saúde de indivíduos com diabetes são duas a três vezes maiores do que daqueles sem diabetes. Estimativas brasileiras sobre despesas com o tratamento ambulatorial de indivíduos com diabetes no Sistema Único de

Saúde (SUS) foram da ordem de US\$ 2.108 por indivíduo, dos quais US\$ 1.335 (63,3%) são custos diretos.

Nesse sentido, as DCNT constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a adesão aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003). Diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011).

Dados recentes do MS (BRASIL, 2018) apontam que 57,3% dos homens e 51,2% das mulheres com mais de 18 anos estão com excesso de peso. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo 2, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países.

Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolve também perda significativa da qualidade de vida, estando relacionada a fatores de risco como o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA *et al.*, 2010).

Os determinantes sociais como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e fatores de risco também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população ao desenvolvimento de doenças crônicas (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Evidencia-se que enfrentamento dessas “novas epidemias” de DCNT necessita de investimento em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável através do monitoramento dos fatores de risco; monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças; e respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, ou políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive a medicamentos (BRASIL, 2011a, WHO, 2011).

Portanto, o fortalecimento da vigilância é uma prioridade nacional e global. O investimento na melhoria de cobertura e da qualidade dos dados de mortalidade e na condução de pesquisas regulares dos fatores de risco torna-se uma necessidade.

Assim, para evitar o crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências para a qualidade de vida da população, é fundamental desenvolver estratégias de prevenção e controle das DCNT e de seus fatores de risco e avaliar a assistência prestada aos usuários para aprimorá-la.

### **3.2 O Panorama da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013a). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2010) a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ( $PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (ANDRADE *et al.*, 2013).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de AB, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2013a).

Considera-se a evolução da HAS como lenta e silenciosa, o que dificulta a percepção dos indivíduos portadores. Apesar dos estudos demonstrarem progressos na prevenção, detecção, tratamento e controle da hipertensão, nas últimas décadas, o desafio para controlar a doença é grande e parece ser comum, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (OLIVEIRA *et al.* 2008).

Corroboram com esta afirmativa Silva *et al.* (2008), que consideram o tratamento e controle desta doença ainda inadequados, embora os avanços científicos e tecnológicos, nas últimas décadas, venham facilitando a identificação dos fatores de risco e do diagnóstico precoce de seus agravos.

Nesse contexto, o MS preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2011).

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (BRASIL, 2013a).

Outro sério problema de saúde enfrentado na AB e que está muitas vezes associado à HAS devido a cronicidade e a ausência de sintomas é o Diabetes Mellitus (DM). Estudos apontam uma associação de até 50% entre elas, justificando a necessidade de uma abordagem conjunta na maioria dos casos (BRASIL, 2013b).

Para isso, torna-se imperativa a compreensão do conceito da DM como um transtorno metabólico de múltipla etiologia, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. Habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Estudos realizados no Brasil com pessoas com DM identificam como principais fatores de risco cardiovasculares identificados o sobrepeso, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares, além de forte associação com a HAS 80%. Outro resultado importante foi a identificação de que o usuário, quando chega na UBS, já apresenta sinais de estágio avançado da doença, o que demonstra, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

A prevenção e o controle da DM na população estão diretamente relacionados ao nível da qualidade da assistência prestada à população e, especialmente, pela capacidade integralizadora das ações de saúde no âmbito municipal do SUS, fato que se correlaciona com a HAS (PEREIRA *et al.*, 2008).

Deste modo, a avaliação da atenção básica à saúde quanto ao cuidado com pessoas com HAS e DM, e entre aqueles sem os agravos, são fundamentais. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes mellitus foi um importante passo, porém necessita de constante avaliação para medir os impactos gerados na população.

### **3.3 Avaliação de Serviços de Saúde**

Para conhecer a qualidade da assistência à saúde de pessoas com HAS e/ou DM, é importante a realização de estudos que avaliem os serviços que prestam esse atendimento.

Avaliar significa determinar, apreciar ou fazer julgamentos. Tem como sentido determinar o valor ou a quantidade de alguma coisa, comparando os resultados com normas ou outros valores e quantidades, servindo como parâmetros, tais como os obtidos por consensos. Pode-se avaliar qualquer intervenção, cuidado de saúde ou organização, quer seja uma ação isolada, quer seja todo o sistema de saúde ou mesmo um programa (PEREIRA, 2001).

No Brasil, devido à expansão da atenção à saúde, à oferta de novas tecnologias, ao desenvolvimento de modelos assistenciais diversos, e ao crescimento da importância política e econômica do setor da saúde, desenvolveram-se condições favoráveis para propostas de avaliação (NOVAES, 2000).

Ao considerar um serviço de saúde como objeto de avaliação necessita-se compreender sua complexidade e analisar a possibilidade de sua abordagem em diferentes aspectos, devido à sua multiplicidade de características e atributos. Para isto, a avaliação não deve ser vista de maneira impositiva, mas resultante de discussões coletivas que referenciem condições concretas da realização do trabalho (SAMICO *et al.* 2010).

Para avaliar serviços que oferecem cuidados, elementos fundamentais expressam em termos de quantidade e qualidade, recursos estruturais, humanos e tecnológicos. A qualidade da atenção à saúde é um tema de natureza ética. Nesse sentido, prestar cuidados que ainda não foram cientificamente comprovados ou inferiores ao recomendado não é justificável (SANTOS; VICTORA, 2004).

A análise de serviços de saúde ou de seus constituintes à luz de critérios e normas é uma atividade científica que requer, para sua execução, determinado rigor metodológico, devendo ser definido com clareza, o que se pretende avaliar. Essa decisão traz implicações aos rumos da pesquisa, já que definirá a estratégia a ser empregada na sua condução (UCHIMURA; BOSI, 2002)

Entende-se que a demanda por uma avaliação, requer primeiramente a verificação do conjunto de atores envolvidos, dos recursos disponíveis, do grau de complexidade do problema e das ações e, em particular, a concordância de perspectivas entre quem planeja a avaliação e quem a executa, além disso, a identificação de perguntas e formulação de hipóteses, a fim de selecionar as ferramentas adequadas para mensurar o problema e os efeitos do programa preconizados para modificá-lo (MATIDA; CAMACHO, 2004).

Nesse sentido, a estrutura corresponde aos instrumentos, recursos, condições físicas e organizacionais, devendo ser especificados os equipamentos e tecnologias e comparados com outros serviços ou até mesmo com padrões estabelecidos (DONABEDIAN, 1988).

Segundo o mesmo autor, o processo, a saber, se refere às atividades, bens e serviços prestados e a maneira como estes são desenvolvidos, incluindo os componentes técnicos e as relações interpessoais, ressaltando a utilização dos recursos empregados. O foco no processo permite o conhecimento das relações com a estrutura e os resultados, possibilitando a identificação dos fatores que facilitam ou impedem que as atividades atinjam seus objetivos. Portanto, esta abordagem permite uma visão ampla do problema avaliado, podendo subsidiar intervenções futuras (SAMICO *et al.*, 2010).

A análise dos resultados corresponde aos efeitos e aos produtos que as ações e os procedimentos provocam, de acordo com os objetivos da intervenção. Avaliar resultados significa conhecer o que ocorre com as pessoas após serem assistidas pelos serviços de saúde. Inclui a satisfação dos usuários e alteração nos níveis de saúde-doença das pessoas e da coletividade (DONABEDIAN, 1988; PEREIRA, 2001).

Os resultados de uma avaliação são úteis quando ela for considerada uma ferramenta para produzir informações, conseqüentemente, gerando poder para os participantes que a controlam (HARTZ, 2005).

Assim, a avaliação objetiva contribuir para a qualificação da atenção à saúde, “promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS” (VENANCIO *et al.*, 2008, p. 22).

### **3.4 Avaliação da Atenção Básica no Brasil**

No Brasil, após a criação do SUS, houve um fortalecimento da APS, a qual passa a determinar o trabalho de todos os demais níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, básicos e especializados, com foco nas ações de promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002). Assim, para a reorganização, expansão e qualificação da APS, descrita também como Atenção Básica (AB), o MS instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual prioriza ações de cuidado à saúde de indivíduos, família e comunidade, de forma contínua e integral (CONILL, 2008).

Vale ressaltar que a ESF é composta por diferentes profissionais, tendo como equipe mínima o médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde, podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Ressalta-se que esses profissionais devem ser capazes de resolver problemas de saúde da

comunidade com a promoção da assistência à saúde na UBS e ainda, atendimento em domicílios (BRASIL, 2017).

O impacto positivo nos indicadores de saúde de uma determinada população, assim como a indução de práticas que traduzam as diretrizes e princípios do SUS, devem ser os pilares da ESF. É fundamental que a equipe trabalhe visando elaborar ações estratégicas e de intervenções que desencadeiem melhorias na saúde da população, alterando o perfil de morbimortalidade da população e provocando a redução de internações desnecessárias (VICTORA *et al.*, 2011).

De acordo com Felisberto (2006), a AB como ordenadora das ações em saúde e agente de consolidação das ações do SUS, constitui-se como a principal oportunidade para a mobilização do potencial da avaliação em saúde como prática “introjetada” pelos profissionais e gestores.

Desse modo, a avaliação da qualidade da atenção prestada pela ESF é fundamental, pois subsidiam novos investimentos na melhoria da qualidade dos serviços ofertados dentro de cada território de saúde, novas formas de gestão e cuidado, ações mais acessíveis, resolutivas e humanizadas aos usuários (LIMA *et al.*, 2016).

Na busca pela qualidade, a avaliação é considerada como uma abordagem capaz de fornecer indicadores que ajuízam a realidade e possibilitam intervenções a partir de normas e critérios bem definidos e adequados ao tempo e local ao qual se referem. Avaliar possibilita o diagnóstico de uma situação inicial e o estabelecimento de metas além de poder fortalecer o compromisso e responsabilização da equipe pela qualidade da assistência prestada, sempre que esta participar do processo avaliativo (SANINE, 2014).

Na saúde pública a avaliação tem como principal propósito dar suporte aos processos decisórios no âmbito do SUS. A ideia é que processos de avaliação possibilitam a identificação de problemas e consequente reorientação de ações e serviços desenvolvidos, empoderando os gestores para a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurando o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

Conquanto, a institucionalização da avaliação constitui-se um dos grandes desafios para os sistemas de saúde na atualidade. Nesse contexto, institucionalizar significa criar uma nova função, novos papéis profissionais, novas regras de decisão, de forma a incorporá-la na cultura cotidiana, transversalmente a qualquer processo de planejamento e gestão (DENIS, 2010).

Isso possibilitaria monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde, acompanhar os efeitos das intervenções, além de identificar e corrigir problemas, e consequentemente retroalimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades (CARVALHO *et al.*, 2012).

Desde 1990, as avaliações voltadas à implantação de programas vêm aumentando com a utilização de diferentes instrumentos e metodologias. No entanto, foi com o incentivo do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), a partir de 2003, que se desenvolveu o maior número de estudos, instituídos com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre avaliação da AB e fortalecer sistemas de monitoramento e avaliação, além de contribuir para a institucionalização de sistemas de avaliação, por meio de projetos interinstitucionais (AKERMAN; MARCO, 2015).

Com o intuito de viabilizar e coordenar a formulação e execução da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS foi criado em 2005 o Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (DEMAS/SE/MS), competindo-lhe desenvolver ações com órgãos de controle interno e externo, com outros órgãos da Administração Federal e com entidades das áreas de informação e avaliação, buscando a qualificação do monitoramento e avaliação do SUS (OLIVEIRA; REIS, 2016).

O Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS, proposto pelo DEMAS/MS, é constituído por quatro componentes: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS); Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e Pesquisas nacionais de avaliação do acesso e de satisfação dos usuários - Carta-SUS (OLIVEIRA; REIS, 2016).

Conforme o Ministério da Saúde, o IDSUS é um conjunto de indicadores que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto à: universalidade do acesso, integralidade, igualdade, resolubilidade e equidade da atenção, descentralização com comando único por esfera de gestão, responsabilidade tripartite, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (IDSUS, 2016a; 2016b).

O principal objetivo do PNASS (2015) é fazer uma avaliação total dos serviços como uma das etapas principais para revisão e reorientação das práticas de saúde, considerando a eficiência, eficácia e efetividade, métodos e resultados relacionados ao risco, a vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos usuários, tornando-se ferramenta indispensável na inclusão do planejamento para aperfeiçoar o sistema.

O PMAQ representa um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde visando subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários. Ratifica-se a potencialidade da AB enquanto lócus privilegiado para o exercício do monitoramento e avaliação para fins de institucionalização desses processos (BRASIL, 2015d).

Em 2005 também foi criado, pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), como uma das primeiras iniciativas de institucionalização da cultura avaliativa da APS no SUS, como estratégia indutora de qualidade em saúde, com uma metodologia de autoavaliação e autogestão, a qual contou com cooperação técnica e financeira da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Banco Mundial, além da assessoria técnica do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal (VASCONCELOS, 2011).

Em 2010, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*), validado por Starfield nos Estados Unidos, foi traduzido e utilizado pelo Ministério da Saúde para suprir a falta de instrumentos validados que avaliassem as interações entre os usuários e os profissionais dos serviços de APS, além de permitir a avaliação de serviços de APS organizados sob diferentes modelos (HARZHEIM *et al.*, 2016).

Nesse período, o instrumento de autoavaliação utilizado pelo Ministério da Saúde, o AMQ, dirigia-se apenas aos serviços organizados segundo a ESF, o que deixava muitos serviços de AB fora do processo avaliativo, particularmente no Estado de São Paulo, onde a cobertura populacional por eSF era apenas de 24% (OLIVEIRA; REIS, 2016).

O acúmulo proporcionado pelos estudos de Linha de Base, e especialmente do próprio AMQ, além de outras pesquisas de menor abrangência, favoreceu a instauração de uma política de qualidade de APS no SUS, a Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) nos serviços de saúde. A partir da revisão da AMQ, do PCATool e *Quality book of Tools*, foi desenvolvido um novo instrumento avaliativo destinado a todos os serviços de APS, isto é, não mais se restringindo apenas aos serviços organizados segundo a ESF, denominado Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) (BRASIL, 2012b).

Esta iniciativa provocou o desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços, resultando em 2011 no lançamento do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da

Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que objetiva avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da APS, com “garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, direcionado à AB em Saúde de modo a consolidar APS em todo território brasileiro” (BRASIL, 2011b).

Essa iniciativa promove a vivência avaliativa e pode desencadear o comportamento das organizações de saúde para um processo de trabalho pautado em processos de monitoramento e avaliação. Seu êxito está condicionado à capacidade dos gestores de mobilizar os atores locais em direção às mudanças das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientados por diretrizes pactuadas nacionalmente (OLIVEIRA; REIS, 2016).

Felisberto (2010) destaca que, mesmo com iniciativas do Ministério da Saúde, para o alcance da institucionalização, identificam-se limites como a ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica que orientam a avaliação; a fragmentação e decorrente diversidade de orientações que presidem os processos de avaliação, impedindo que possam ser úteis a uma ação coordenada; a ênfase em variáveis relacionadas a processo; e avaliações de resultados pontuais e/ou espacialmente restritas.

Santos Filho (2009) também elenca algumas dificuldades para o desenvolvimento de ações de avaliação no SUS, citando limitações relacionadas à cultura da gestão que não prima pelo uso do planejamento, de bancos de dados aprimorados, da construção de indicadores e da fixação, acompanhamento e aferição de metas. Também enfoca os desafios metodológicos da avaliação qualitativa, e, a falta de integração entre os sistemas de informação em saúde.

Diante dessa realidade, a avaliação e o monitoramento dos resultados obtidos com referência à organização e à prestação dos serviços de saúde, assim como os resultados gerados na saúde e no bem-estar dos usuários, apontam que a qualidade não pode ser mais considerada como opcional aos serviços e sim requisito fundamental para o funcionamento (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINE, 2010).

Nesse sentido, a avaliação de serviços pode apoiar com o processo de mudança, evidenciando necessidades e fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho para gestores e profissionais, como também para a comunidade. Corroborando com Oliveira e Reis (2016), o fomento dessa “cultura avaliativa” requer a qualificação da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde, ou seja, os profissionais de saúde precisam estar prontos para avaliar e usar os resultados da avaliação no seu cotidiano de trabalho; os usuários precisam ser capazes de compreender como a avaliação resulta a seu favor; os gestores devem conseguir usar a avaliação como uma das principais ferramentas de trabalho.

### 3.5 Avaliação em Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus

Compreender a dinâmica de desenvolvimento das práticas de atenção ao usuário parece crucial para desvendar a natureza e as especificidades relacionadas às dificuldades de êxito das ações de controle implementadas no âmbito da AB (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014). Nessa perspectiva, com a busca por pesquisas sobre avaliação de serviços que atendem a população com HAS e DM na AB, publicados de 2007 a 2017, observou-se que 2007 a 2011 foram publicados três artigos, enquanto os demais artigos (cinco) foram publicados nos últimos anos (um em 2012, um em 2014, um em 2015 e dois em 2016).

Dos estudos analisados 2 referiam-se apenas à avaliação de serviço à pessoa com HAS (SILVA *et al.*, 2012 e LIMA; SANTOS; MARCON, 2016) e 1 direcionava-se à avaliação de serviço à pessoa com DM (TAVARES, 2014), enquanto os demais apresentaram avaliações mais complexas envolvendo as duas condições de saúde (RADIGONDA *et al.*, 2016; HELENA *et al.*, 2010; SOUTO *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2015; FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

Quanto aos aspectos metodológicos, somente 2 pesquisas foram realizadas a partir de abordagens qualitativas segundo da ótica dos usuários do serviço, em contrapartida as outras 6 apresentaram abordagem quantitativas, já que estudos avaliativos estão mais relacionados às abordagens quantitativas.

Em relação aos participantes dos estudos que compõe a amostra, 2 estudos tiveram como sujeitos os profissionais de saúde dos serviços e em 6 pesquisas foram abordados apenas os usuários para analisar aspectos da tríade estrutura, processo e resultado da qualidade dos serviços de saúde, evidenciando a importância de conhecer a satisfação de usuários com os serviços de saúde oferecidos, visto que está diretamente relacionado ao modo como este usuário irá aderir aos cuidados (LIMA; SANTOS; MARCON, 2016).

Nos estudos onde os participantes são os próprios usuários, constatou-se que as características das pessoas com HAS e ou DM são semelhantes. Em relação ao sexo, há o predomínio de mulheres, principalmente de 50 a 59 anos, casadas e não-brancas, aposentadas, com baixa escolaridade e baixa renda familiar o que corrobora com o perfil brasileiro de pessoas com essas doenças crônicas (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Sabe-se que um dos objetivos das unidades de ESF é proporcionar a equidade, de forma a melhorar o acesso de pessoas socialmente desfavorecidas (BRASIL, 2002). As

características socioeconômicas observadas permitem supor que os participantes destes estudos, em sua maioria, são pessoas em posição socialmente desfavorável.

Os determinantes sociais impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Ressalta-se que nos estudos onde o público investigado são os profissionais de saúde o que se destaca em relação ao perfil desses participantes é a sobrecarga de trabalho, o que está relacionado com a carência de médicos e enfermeiros nas equipes, e ainda a necessidade de capacitação sobre a temática, já que alguns autores encontraram que nenhum dos profissionais entrevistados realizou qualquer tipo de capacitação no último ano (SILVA *et al.*, 2012), fato que demonstra o comprometimento da qualidade do atendimento prestado à pessoa com HAS e/ou DM, os quais apresentam múltiplos fatores de risco e complicações.

Em relação à estrutura dos serviços de saúde, (TAVARES *et al.*, 2014) um estudo realizado nas Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, mostrou que as salas de atendimento e de espera estavam dentro dos padrões estabelecidos, além da presença de glicosímetros e medicações (hipoglicemiantes orais e insulina) necessários para o tratamento da DM, o que distancia-se ao achados de outros autores (SOUTO *et al.*, 2009) que apontam a necessidade de revisão da prática de aferição da pressão arterial, melhor local de estocagem para insulina, aquisição de maior quantidade de monofilamentos de nylon 10g, a falta de agulhas e de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio.

Quanto ao processo de trabalho, uma pesquisa realizada com 462 pacientes hipertensos e diabéticos (SOUTO *et al.*, 2009) avaliou-se a quantidade de consultas e exames realizadas para hipertensos e diabéticos, onde constatou-se que mais da metade desse público realiza a quantidade ideal de consultas e exames conforme o que é preconizado, contrapondo-se aos achados de outros pesquisadores (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011, SILVA *et al.*, 2012 e RADIGONDA *et al.*, 2016) os quais mostram que a frequência com que a maioria dos usuários afirmou realizar as consultas médicas e/ou de enfermagem e exames complementares se distancia do que é recomendado pelo Ministério da Saúde, o que pode repercutir no monitoramento destas doenças.

Além disso, ressalta-se que a demora ou dificuldade no agendamento de consultas consecutivas além da acessibilidade prejudicada devido à ausência na flexibilidade de horários que possam abranger o maior número de pessoas possíveis, comprometendo a

longitudinalidade do cuidado, assim como a identificação precoce de complicações (SILVA *et al.*, 2015 e LIMA; SANTOS; MARCON, 2016).

A atenção programática estruturada parece desempenhar papel importante para melhorar o controle da pressão arterial, através de cuidado intensivo de equipe multiprofissional, isto é, pelo modo como o serviço organiza seu processo de trabalho para dar conta de um problema de saúde. Estudo realizado em serviço de atenção primária mostrou redução dos níveis pressóricos de pessoas mais jovens e que tinham maior frequência de comparecimento às consultas programadas (DIDIER *et al.*, 2007).

No tocante à oferta de medicamentos, constatou-se que não estão sendo oferecidos à população cadastrada de forma regular, dificultando a adesão ao tratamento prescrito (SOUTO *et al.*, 2009, FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011 e TAVARES *et al.*, 2014). Nos estudos onde foi constatado o funcionamento do programa HIPERDIA, um dos motivos levantados para o comparecimento nas reuniões do programa foi a aquisição de medicamentos. Nesse sentido essa estratégia foi considerada por alguns como incipiente, pois limita-se à entrega de medicamentos (SILVA *et al.*, 2015 e LIMA; SANTOS; MARCON, 2016).

Em um estudo realizado com 595 pessoas com HAS nas unidades de ESF de Blumenau, Santa Catarina, detectou-se 30 casos de abandono total do tratamento, sendo que 316 pessoas foram consideradas não aderentes ao tratamento correto, representando uma prevalência de não adesão de 53,1%, o que está diretamente relacionado com a proporção de pessoas com níveis pressóricos elevados (HELENA *et al.*, 2010).

A identificação de fatores que interferem na não adesão do usuário hipertenso/diabético ao tratamento permite nortear a seleção de condutas terapêuticas voltadas para a obtenção de resultados satisfatórios, tendo em vista que o seu conhecimento favorece a implementação de estratégias que possibilitam a análise crítica e reflexiva para fins de enfrentamento (ROMERO *et al.*, 2010).

Quanto à dimensão dos Resultados da assistência, os estudos abordaram esse aspecto de diferentes maneiras, desde a análise do índice de Massa Corporal (IMC) e das metas das taxas de colesterol LDL, até a avaliação das hospitalizações e óbitos associados à HAS e DM, os quais não apresentaram resultados significativos ou conclusivos que podem ser diretamente associados a resultados do processo de trabalho (SOUTO *et al.*, 2009 e TAVARES *et al.*, 2014).

Outra forma evidenciada para a análise do resultado (SILVA *et al.*, 2015), foi o nível de satisfação dos usuários em relação ao serviço, houve maior satisfação com aspectos

relacionais, como qualidade do atendimento, em detrimento aos aspectos organizacionais do serviço, como estrutura da unidade e acesso aos exames e consultas (HELENA *et al.*, 2010).

Deste modo, embora os usuários classifiquem os aspectos de dimensão e estrutura inadequados ou insuficientes, a existência de uma relação profissional-usuário satisfatória pode demonstrar vínculo estabelecido e responsabilidade da ESF para com a população. É essa relação de respeito, compreensão e escuta que faz diferença entre as práticas das ações de saúde.

Além das pesquisas descritas acima, ressalta-se outros estudos como a tese de Alencar (2013), a qual tratou da avaliação da tríade estrutura, processo e resultado da atenção em diabetes no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-Ceará e encontrou alguns resultados semelhantes como a estruturas físicas comprometidas e falhas no atendimento direto aos usuários.

Em estudo realizado por Soares (2015), verificou-se que a avaliação das dimensões estrutura, processo e atenção integral ao hipertenso enquadraram-se no padrão inadequado, sugerindo a mobilização das equipes que atuam na ESF através da criação de um protocolo de atendimento clínico aos hipertensos em todas as UBS baseado na estratificação de risco, com o intuito de que ocorra um resultado mais efetivo na qualidade da assistência à pessoa com HAS na AB.

A revisão na literatura nacional apontou insuficiência de investigações de estudos que abordavam essas duas condições crônicas, principalmente quando relacionadas a aspectos voltados para a dimensão processo. E quando os apresentam, limitam o local da pesquisa a apenas 1 serviço ou área restrita, o que compromete inferências generalistas.

Nesse sentido, essa pesquisa avaliativa, busca acrescentar à literatura contribuições relacionadas ao desenvolvimento de avaliações em municípios desse porte, bem como preencher as lacunas relacionadas à amplitude de pesquisas avaliativas, na medida em que abrangeu todo o nível de AB municipal.

## 4 METODOS

### 4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo avaliativo, tipo normativo, de abordagem quantitativa, com base nas dimensões de estrutura e processo dos serviços de saúde. A pesquisa avaliativa é uma das práticas sociais que exigem julgamento de valor ou mérito e ao mesmo tempo geram aprendizagens e informações sobre as mudanças adotadas no planejamento ou na gestão de políticas, serviços ou programas (CRUZ, 2011).

A avaliação normativa tem como principal referencial teórico Donabedian (1966), o qual propõe trabalhar com a tríade estrutura, processo e resultado, e faz seu julgamento comparando estes com os critérios e normas existentes.

Nesse sentido, “estrutura” corresponde às características estáveis da unidade, as condições do espaço físico, os recursos humanos, os instrumentos e equipamentos disponíveis, bem como as condições organizacionais e suas adequações com as normas vigentes; “processo” como o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e clientes (DONABEDIAN, 1992).

### 4.2 Local e Período do Estudo

FIGURA 2 - Localização de Araiões no Maranhão.



Esta pesquisa foi desenvolvida no período de novembro de 2017 a março de 2018, na Atenção Básica do Município de Araiões, a qual está localizada na região nordeste do Estado do Maranhão, e é uma das portas de entrada para o Delta do Rio Parnaíba.

O município de Araiões compreende uma área de 1.782,5 km<sup>2</sup>. Incluindo a parte continental e insular (Ilha das Canárias, Ilha do Caju, Ilha dos Poldros).

Está localizado a uma altitude de 6 metros acima do nível do mar. Situa-se ao leste, na microrregião do Baixo Parnaíba, limita-se ao Norte com o Oceano

Atlântico, ao Sul com os municípios de Magalhães de Almeida e São Bernardo, ao Leste com o Rio Parnaíba, e ao Oeste com os municípios de Água Doce e Santana do Maranhão.

Sua população, de acordo com o Censo-2010, é de 42.505 habitantes e 46.103 pessoas estimadas para 2018, sendo 12.045 na parte urbana e na área rural 30.460, caracterizando-se como município de pequeno porte tipo 2. Sua densidade demográfica é de 23,84 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2018).

Quanto à saúde, o município apresenta cobertura da Estratégia Saúde da Família através de 17 UBS, onde 5 delas concentram-se na zona urbana e as demais, na zona rural. Na atenção secundária, apresenta dois hospitais de pequeno e médio porte e tem como referência de atenção terciária o município sede da Regional de Saúde, Chapadinha.

### 4.3 População e Amostra

O estudo foi realizado a partir de prontuários de usuários com HAS e/ou DM e com profissionais da equipe de saúde, abrangendo enfermeiros, médicos, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Para a escolha dos prontuários, verificou-se a quantidade de usuários com HAS e/ou DM cadastrados por unidade, conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Araiões. A população compreendeu 2.151 pessoas com HAS, 556 pessoas com DM2 e 347 pessoas com HAS e DM tipo 2, totalizando 3.054 indivíduos.

Compuseram a amostra os prontuários de usuários que atenderam aos critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, apresentar diagnóstico de HAS e/ou DM tipo 2 registrado no prontuário de saúde, ter registro de duas ou mais consultas médicas ou de enfermagem no período de novembro de 2016 a novembro de 2017 e ser cadastrado em unidade de saúde da área de abrangência onde reside. Foi critério de exclusão: óbito no período de avaliação das consultas.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizada a fórmula para determinação com base na estimativa da proporção populacional para populações finitas:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1 - p) \cdot Z^2}{p \cdot (1 - p) \cdot Z^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Onde  $N$  é o tamanho da população (3.054);  $p$  é a proporção populacional de ocorrência do evento, em que considerou-se 15,6%, referente à média das prevalências de HAS e DM em pacientes adultos, conforme referenciais nacionais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2011c;

BRASIL, 2012; BRASIL, 2013a);  $Z$  é o ponto crítico da curva normal associado ao intervalo de confiança determinado de 95% (1,96); e  $E$  é o erro máximo de estimativa (5%). Assim, a amostra mínima necessária para o estudo foi de 190 prontuários. O quadro 1 apresenta a distribuição de pacientes por UBS.

QUADRO 1 - Distribuição dos usuários conforme unidades de saúde do município de Araioses (n=190). Araioses, MA, Brasil, 2017

UBS	HAS E DM	HAS	DM	População	Amostra
Nova Conceição	45	238	52	335	21
João Peres I	40	141	25	206	13
João Peres II	37	91	4	132	8
Rodeador	20	278	75	373	23
Barreiras	10	187	96	293	18
Placas	25	195	65	285	18
Pirangi	7	9	7	23	1
São Paulo	4	44	18	66	4
Porteiras	27	117	35	179	11
Novo Horizonte	34	111	10	155	10
Giquiri	8	175	44	227	14
Cana Brava	3	45	7	55	3
Carnaubeiras	27	174	62	263	16
Barreirinhas	13	109	27	149	9
Canárias	20	102	17	139	9
Mariquita	20	116	8	144	9
Remanso	7	19	4	30	2
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>2151</b>	<b>556</b>	<b>3054</b>	<b>190</b>

Legenda: UBS – unidade básica de saúde; HAS – hipertensão arterial sistêmica; DM – diabetes mellitus tipo 2.

A amostragem foi estratificada proporcional, para todas as 17 unidades de saúde do município, conforme quantidades individuais de usuários cadastrados, variando de dois a 23 participantes por localidade. Para coleta dos dados, foram construídas listas dos pacientes que atenderam aos critérios de inclusão para sorteio e composição da amostra. O sorteio foi realizado por meio do BioEstat 5.0. Os prontuários não localizados ou incompletos foram substituídos, também, por sorteio. Repetiu-se o processo até completar o quantitativo mínimo da amostra.

Para os profissionais, a amostra foi censitária e incluiu todos os lotados nas unidades da sede e do interior do município. Foram critérios de inclusão: trabalhar há, no mínimo, seis meses na unidade de saúde e responder pela atenção à saúde de pessoas com HAS e/ou DM tipo 2. Foi critério de exclusão estar de férias ou licença no período de coleta de dados.

Assim, a amostra foi composta por: 17 enfermeiros, 17 médicos e 17 técnicos ou auxiliares de enfermagem, totalizando 51 profissionais.

#### **4.4 Instrumentos e Técnicas de Coleta de Dados**

A operacionalização dos objetivos propostos ocorreu a partir da utilização de seis instrumentos validados (ALENCAR, 2013) (Apêndice A, B, C, D, E, F) adaptados à realidade do local do estudo, bem como aos objetivos da pesquisa, com vista a obter dados relacionados aos componentes estrutura e processo, descritos a seguir:

Foi utilizado um formulário de caracterização demográfica (idade, sexo, escolaridade e renda), clínica (tempo de tratamento e comorbidades) e quanto à terapia medicamentosa dos usuários com HAS e DM2 (tratamento medicamentoso) (Apêndice A).

Para a obtenção dos dados relacionados ao componente estrutura, foi utilizado um instrumento de observação direta com variáveis relativas à distribuição das áreas físicas (áreas destinadas ao atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde, áreas ou ambientes de apoio, áreas de circulação), condições de conforto e edificação dos ambientes (Apêndice B); bem como um *check-list* para obtenção das variáveis sobre recursos humanos, materiais, medicamentos (anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais) e insumos (Apêndice C).

Para o componente processo, foram utilizados instrumentos com dados inerentes ao atendimento realizado por profissionais de saúde e de apoio aos usuários com HAS e DM tipo 2, por meio de, no mínimo, 1 hora de observação direta do atendimento do enfermeiro, médico e técnico ou auxiliar de enfermagem (Apêndice D, Apêndice E, Apêndice F).

#### **4.5 Operacionalização do Estudo**

Os instrumentos foram empregados a partir de observação direta das estruturas, recursos e ações desenvolvidas nas unidades voltadas à pessoa com HAS e DM tipo 2, onde cada profissional foi observado pela pesquisadora durante 4 atendimentos no mesmo dia, com duração média de 20 minutos para procedimentos realizados por técnicos de enfermagem e 40 minutos para consultas médicas e de enfermagem. Como fonte de documentação, foram consultados os livros de registro dos agentes comunitários de saúde, assim como os prontuários dos usuários participantes.

#### 4.6 Procedimentos para Análise dos Dados

Os dados do estudo foram inseridos em bancos de dados, com dupla entrada em planilha do Microsoft Excel®, a fim de validar para identificação de possíveis erros de digitação. Foram processados no software IBM® SPSS®, versão 23.0, e foram calculadas estatísticas descritivas, como médias, desvio padrão, mínimos e máximos, para as variáveis quantitativas; e frequências, para as variáveis qualitativas. O nível de qualidade da assistência para cada domínio (QAd) – estrutura (QAe) e processo (QAp) – foi calculado a partir da quantidade de itens do domínio ( $i = \{1, \dots, n\}$ ), do somatório dos escores alcançados nos itens do domínio ( $E_i$ ) e do somatório dos escores máximos possíveis para os itens deste domínio ( $Emáx_i$ ), representado pela fórmula:

$$QA_d = \frac{\sum_{i=1}^n E_i}{\sum_{i=1}^n Emáx_i}$$

Para obtenção do nível de qualidade da assistência total (QAt), foi calculada a média aritmética das medidas dos níveis atingidos nos dois domínios: estrutura e processo, cuja fórmula é expressa por:

$$QA_t = \frac{\sum QA_d}{2}$$

Na avaliação da “estrutura”, cada item presente/atendido das variáveis relativas à distribuição das áreas físicas, condições de conforto e edificação dos ambientes (25 itens), bem como das variáveis referentes a recursos humanos, materiais, medicamentos e insumos (55 itens), recebeu pontuação 1(um); quando ausente/não atendido, recebeu pontuação 0(zero), compreendendo um escore máximo de 80 pontos. Para os dados referentes ao “processo”, a avaliação do atendimento dos profissionais de saúde contemplou enfermeiro (15 atividades), médico (15 atividades) e técnico ou auxiliar de enfermagem (12 atividades), com total de 22 itens, sendo 13 comuns a enfermeiros e médicos e 7(sete) comuns às três categorias. Os itens atendidos receberam pontuação 1(um) e os não atendidos receberam pontuação 0(zero), com escore máximo de 12 (técnico/auxiliar de enfermagem) ou 15 pontos (enfermeiro ou médico).

O nível de qualidade da assistência, por domínio e total, obtido a partir das fórmulas, foi expresso de 0(zero) a 1(um), correspondendo a uma variação de 0% a 100% de atendimento aos critérios avaliados. Para a análise inferencial, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados. Foi realizado o Teste t

independente de Student e ANOVA One-Way para comparação dos níveis de qualidade da assistência conforme características dos participantes.

O nível de qualidade da assistência foi classificado de acordo com as medidas dos tercis da amostra, podendo ser trabalhado como: baixo (0% a 50%), moderado (entre 50% e 75%) ou alto (75% a 100%), a depender dos resultados gerados (Nagahama, 2009). Para as variáveis qualitativas, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson. Para as associações significativas, foi calculadas medidas de efeito, como a razão de prevalência (RP) ou Odds ratio (OR), e respectivos intervalos de confiança (IC).

#### **4.7 Procedimentos Éticos**

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do trabalho.

Nesse sentido, o estudo foi submetido à avaliação da Coordenação da Atenção Básica de Araiões e encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sendo aprovado sob parecer n.º 2.344.652/2017.

Foi apresentado o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Apêndice G) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias (Apêndice H).

#### **4.8 Riscos e Benefícios**

A pesquisa expõe os profissionais participantes a risco mínimo de constrangimento devido a observação direta da consulta, mas não houve interrupção ou interferência por parte do pesquisador. Quanto aos benefícios, serão indiretos, pois os resultados poderão subsidiar estratégias de melhoria no atendimento a estes pacientes, bem como fomentar a criação de programas institucionais que acarretem em condições de melhor controle da Hipertensão Arterial e Diabetes.

#### 4.9 Sinóptico da Metodologia da Pesquisa

QUADRO 2 - Sinóptico da metodologia da Pesquisa.

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Variáveis do estudo</b>	<b>Instrumento de coleta de dados</b>
Caracterizar os usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus segundo variáveis demográficas, clínicas e terapêutica medicamentosa;	Faixa etária, sexo, tempo de tratamento, tipo de tratamento, comorbidades.	- Formulário contendo variáveis demográficas, clínicas e terapêutica medicamentosa.
Analisar a organização física da UBS segundo recursos físicos, humanos, materiais, medicamentos, insumos e fluxo de atendimento;	Estrutura física, recursos humanos, recursos materiais, medicamentos, insumos, fluxo de atendimento.	- Formulário para a obtenção das variáveis relativas à distribuição das áreas físicas, condições de conforto e edificação dos ambientes; - Formulário para obtenção das variáveis recursos humanos, materiais, medicamentos e insumos
Analisar o atendimento realizado pelos profissionais de saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus;	Variáveis referentes às observações dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde.	Formulário para observação direta do atendimento realizado pelos profissionais- médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Elaboração: própria.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização dos usuários com HAS e/ou DM segundo variáveis demográficas, clínicas e terapêutica medicamentosa

Dos 190 usuários investigados através dos prontuários 44,7% tinham o diagnóstico de HAS, 16,3% de DM e 38,9% de HAS e DM. A idade mínima na amostra foi de 34 anos, enquanto que a idade máxima foi de 97 anos, com média de  $64 \pm 11,6$  anos. A maioria dos usuários era do sexo feminino (61,1%). Quanto à escolaridade, os usuários apresentaram, em média,  $5,6 \pm 4,1$  anos de estudo, com renda mensal menor que 2 salários mínimos e  $5,5 \pm 3,3$  anos de tratamento e acompanhamento pela ESF, com intervalo mínimo e máximo de 1 a 16 anos.

Além disso, 73,7% dos usuários apresentaram pelo menos uma comorbidade associada à HAS e/ou DM2, observando-se principalmente a ocorrência de obesidade (25,8%), dislipidemia (23,2%), e outras como osteoporose, artrite e artrose. Em relação ao tipo de tratamento medicamentoso registrado nos prontuários, 83,7% o faziam com anti-hipertensivo, 54,2% com ADO e 4,7% com uso exclusivo de insulina (TABELA 1).

TABELA 1 - Caracterização demográfica, clínica e terapêutica medicamentosa dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus (n=190). Araiões, MA, Brasil, 2018.

<b>Característica</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Grupo de pacientes</b>				
Apenas HAS			85	44,7
Apenas DM 2			31	16,3
HAS e DM 2			74	38,9
<b>Idade</b>	64,0	11,6		
<b>Sexo</b>				
Masculino			74	38,9
Feminino			116	61,1
Escolaridade (anos de estudo)	5,6	4,1		
Renda mensal (nº de salários mínimos)	1,9	1,1		
Tempo de tratamento/acompanhamento pela ESF	5,5	3,3		
<b>Comorbidades*</b>			140	73,7
Obesidade			49	25,8
Cardiopatía			31	16,3
Dislipidemia			44	23,2
Síndrome Metabólica			22	11,6
Outras			50	26,3

Continua...

<b>Característica</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tratamento medicamentoso*</b>				
Anti-hipertensivo			159	83,7
Aspirina			28	14,7
Estatina			37	19,5
Antidiabético oral			103	54,2
Insulina			9	4,7
Outros			55	28,9
<b>Total</b>			<b>190</b>	<b>100,0</b>

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM 2: Diabetes mellitus tipo 2.

\* percentuais apresentados para a categoria “sim”

## 5.2 O componente estrutura na atenção às pessoas com HAS e DM

### 5.2.1 Análise da organização física das UBS segundo recursos físicos, humanos, materiais, medicamentos, insumos e fluxo de atendimento

Em relação aos recursos físicos, ressalta-se que das 17 UBSs, apenas 5 estavam estruturadas em sedes próprias e as demais, funcionavam em casas alugadas. Em todas as unidades de saúde o mesmo espaço físico utilizado para recepção era utilizado também como sala de espera ou sala onde realizavam-se atividades educativas. Em todas as recepções havia equipamentos (mesa e cadeiras) suficientes para este fim. Entretanto, quanto aos materiais e equipamentos utilizados para educação em saúde, apenas os álbuns seriados construídos pelas próprias equipes estavam presentes em todas as unidades.

Quanto às salas e consultórios, em todas as unidades foi identificado o consultório médico, porém apenas em 70,6% delas havia consultório próprio de enfermagem, sendo que nas demais unidades, o enfermeiro atendia no consultório médico. Ressalta-se que apenas 29,4% das unidades apresentaram sala própria para atendimento de enfermagem, espaço onde são realizados curativos e verificação de sinais vitais. Ressalta-se que em nenhuma das unidades foi identificado consultório para outros profissionais; nesse sentido, os consultórios médico e de enfermagem são também utilizados por profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando necessário.

Em relação às áreas ou ambientes de apoio, na maioria das unidades (70,6%) não havia sala administrativa. Nestes casos, os prontuários e impressos necessários aos atendimentos ficavam organizados em armários na sala de recepção ou no consultório de enfermagem. Em 29,4% das UBS, não havia sala de utilidades ou almoxarifado e em 94,1% não foi identificada sala de computação. A maioria das UBS (58,8%) dispunha de banheiro

para os usuários, enquanto que em apenas 29,4% delas havia banheiro para os funcionários, nestes casos os funcionários utilizavam do mesmo banheiro dos usuários. Ressalta-se que em todas as unidades havia copa ou cozinha.

Quanto às áreas de circulação, em 94,1% das UBS foram identificados corredores com largura mínima de 2,0 metros, na minoria delas (17,6%) havia acesso adequado a usuários portadores de deficiências e em nenhum dos espaços físicos avaliados havia corredores com corrimão.

No que se refere às condições de conforto, houve o predomínio de unidades com luminosidade adequada (76,5%), sendo natural ou artificial. Quanto à ventilação dos espaços físicos, notou-se ambientes agradáveis somente em 35,3% das UBS, enquanto que a acústica foi considerada agradável em 52,9% delas. Sobre as condições de edificação, 88,2% não estavam com a pintura externa e interna em bom estado de conservação (TABELA 2).

TABELA 2 - Organização física das unidades básicas de saúde segundo condições físicas, de conforto e edificação (n=17). Araiões, MA, Brasil, 2018

Condição/recurso	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
<b>Áreas físicas</b>				
<b>Sala de recepção</b>				
Cadeiras para o funcionário	17	100,0	-	-
Cadeiras para usuário	17	100,0	-	-
Mesa de escritório	17	100,0	-	-
Outros equipamentos	13	76,5	4	23,5
<b>Sala de espera e ou sala de educação em saúde</b>				
Álbuns seriados	17	100,0	-	-
Televisão	-	-	17	100,0
DVD	-	-	17	100,0
Outros materiais educativos	-	-	5	29,4
<b>Salas de preparo, triagem e consulta</b>				
Sala de atendimento de enfermagem	5	29,4	12	70,6
Consultório médico	17	100,0	-	-
Consultório de enfermagem	12	70,6	5	29,4
Consultório de outros profissionais	-	-	17	100,0
<b>Áreas ou ambientes de apoio</b>				
Sala administrativa	5	29,4	12	70,6
Sala de utilidades ou almoxarifado	12	70,6	5	29,4
Sanitário masculino e feminino para os usuários	10	58,8	7	41,2
Sanitário masculino e feminino para os funcionários	5	29,4	12	70,6
Sala de computação	1	5,9	16	94,1
Copa/cozinha	17	100,0	-	-

Continua...

Condição/recurso	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
<b>Áreas físicas</b>				
<b>Áreas de circulação</b>				
Corredores com largura mínima de 2,0 m	16	94,1	1	5,9
Corredores com acesso a usuários portadores de deficiências	3	17,6	14	82,4
Corredores com corrimão	-	-	17	100,0
<b>Condições de conforto</b>				
Luminosidade adequada	13	76,5	4	23,5
Ventilação do ambiente agradável	6	35,3	11	64,7
Acústica (som) agradável	9	52,9	8	47,1
<b>Condições de edificação</b>				
Pintura em bom estado de conservação	2	11,8	15	88,2

No tocante aos recursos humanos existentes, apenas o enfermeiro e técnico de enfermagem foram identificados em todas as UBS; enquanto que o auxiliar de enfermagem (64,7%), o auxiliar de serviços gerais (70,5%), o vigia (58,8%) e o médico generalista (94,1%) foram identificados na maioria delas. Ressalta-se que, em 5,9% das UBS, o médico se identificou como especialista. Evidencia-se a ausência do agente administrativo na maioria das unidades (70,6%).

No que concerne aos recursos materiais, em todas as unidades foi identificada a presença de esfigmomanômetro de uso para adultos e obesos, assim como balança e glicosímetro. Enquanto que a fita métrica foi o único recurso material essencial para o exame físico dos usuários com HAS e DM que não foi encontrada na totalidade das UBS, sendo identificada em apenas 82,4% delas (TABELA 3).

TABELA 3 - Organização física das unidades básicas de saúde segundo recursos humanos e materiais (n=17). Araioses, MA, Brasil, 2018

Condição/recurso	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
<b>Recursos humanos</b>				
Médico generalista	16	94,1	1	5,9
Enfermeiro	17	100,0	-	-
Técnico de enfermagem	17	100,0	-	-
Auxiliar de enfermagem	11	64,7	6	35,3
Agente administrativo	5	29,4	12	70,6
Auxiliar de serviços gerais	12	70,6	5	29,4
Vigia	10	58,8	7	41,2

Continua...

Condição/recurso	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
<b>Recursos materiais</b>				
Esfignomanômetro de uso para adulto	17	100,0	-	-
Esfignomanômetro de uso para adulto obeso	17	100,0	-	-
Balança	17	100,0	-	-
Fita métrica	14	82,4	3	17,6
Glicosímetro	17	100,0	-	-

Quanto aos medicamentos necessários ao tratamento de HAS, em todas as unidades foram identificados Atenolol 50 mg e Captopril 25 mg. Além do mais, na maioria delas foi identificada também Hidroclorotiazida 25 mg (70,6%), Furosemida 40 mg (76,5%), Metildopa 250 mg (94,1%), Anlodipino 5 mg (76,5%), Enalapril 10 mg (94,1%) e 20 mg (76,5%) e Losartana potássica 50 mg (58,8%).

No que concerne aos Hipoglicemiantes, evidencia-se a presença de Metformina 850 mg (64,7%), Glibenclamida 5 mg (64,7%) e Insulina NPH (82,4%) na maioria das UBS. Destacando-se a ausência de Metformina 500 mg, Glicazida 30 mg e Glicazida 60 mg em todas as unidades (TABELA 4).

TABELA 4 - Organização física das unidades básicas de saúde segundo medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais (n=17). Araiões, MA, Brasil, 2018

Grupo/medicamento	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
<b>Anti-hipertensivos</b>				
Hidroclorotiazida 12,5 mg	-	-	17	100,0
Hidroclorotiazida 25 mg	12	70,6	5	29,4
Furosemida 40 mg	13	76,5	4	23,5
Espironolactona 25 mg	-	-	17	100,0
Espironolactona 100 mg	-	-	17	100,0
Atenolol 50 mg	17	100,0	-	-
Atenolol 100 mg	2	11,8	15	88,2
Succinato de Metoprolol 50 mg	-	-	17	100,0
Succinato de Metoprolol 100 mg	-	-	17	100,0
Tartarato de Metoprolol 100 mg	-	-	17	100,0
Carvedilol 12,5 mg	-	-	17	100,0
Carvedilol 25 mg	-	-	17	100,0
Propranolol 10 mg	-	-	17	100,0
Propranolol 40 mg	6	35,3	11	64,7
Metildopa 250 mg	16	94,1	1	5,9
Anlodipino 5 mg	13	76,5	4	23,5
Anlodipino 10 mg	5	29,4	12	70,6

Continua...

Grupo/medicamento	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
<b>Anti-hipertensivos</b>				
Nifedipino 10 mg	-	-	17	100,0
Hidralazina 25 mg	-	-	17	100,0
Hidralazina 50 mg	-	-	17	100,0
Captopril 25 mg	17	100,0		
Enalapril 5 mg	5	29,4	12	70,6
Enalapril 10 mg	16	94,1	1	5,9
Enalapril 20 mg	13	76,5	4	23,5
Losartana potássica 50 mg	10	58,8	7	41,2
<b>Hipoglicemiantes</b>				
Metformina 500 mg	-	-	17	100,0
Metformina 850 mg	11	64,7	6	35,3
Glibenclamida 5 mg	11	64,7	6	35,3
Glicazida 30 mg	-	-	17	100,0
Glicazida 60 mg	-	-	17	100,0
Insulina NPH	14	82,4	3	17,6
Insulina humana regular	8	47,1	9	52,9

Quanto aos insumos, destaca-se que todas as UBS dispunham de luvas de procedimento, algodão, álcool a 70%, fitas reagentes para glicemia capilar, recipientes para armazenamento de materiais perfurocortantes e sabão líquido. Em contrapartida, somente 47,1% delas dispunham de lancetas para punção digital e em apenas 11,8% havia papel toalha. Ressalta-se a ausência de microfilamentos de Semmmes Weinstein de 10 g e caixas de palitos na totalidade das UBS (TABELA 5).

TABELA 5 - Organização física das unidades básicas de saúde segundo insumos (n=17). Araiões, MA, Brasil, 2018

Insumo	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
Luvas de procedimento	17	100,0	-	-
Algodão	17	100,0	-	-
Álcool a 70%	17	100,0	-	-
Fitas reagentes para glicemia capilar	17	100,0	-	-
Seringas de 1ml com agulha 12/3,7 mm	10	58,8	7	41,2
Lancetas para punção digital	8	47,1	9	52,9
Microfilamentos de Semmmes Weinstein de 10 g	-	-	17	100,0
Caixas de palitos	-	-	17	100,0
Recipientes para armazenamento de materiais perfurocortantes	17	100,0	-	-
Sabão líquido	17	100,0	-	-
Papel toalha	2	11,8	15	88,2

### 5.3 O componente processo na atenção à pessoa com HAS e/ou DM

#### 5.3.1 Análise do atendimento realizado pelos profissionais de saúde aos usuários com HAS e/ou DM2

As atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde refletem diretamente no relacionamento com os usuários proporcionando uma análise da competência da equipe de saúde no manejo do processo de cuidado. Nesse sentido, observou-se que entre as atividades comuns ao enfermeiro, médico e técnico/auxiliar de enfermagem, a única realizada por todas as categorias em todas as UBS foi o tratamento do usuário com respeito.

Em relação às atividades comuns apenas ao enfermeiro e médico evidencia-se que a orientação quanto à importância das mudanças no estilo de vida e relacionadas à alimentação foi realizada por 100% dos profissionais dessas categorias. Ressalta-se que a maioria dos enfermeiros e quase todos os médicos realizaram o exame nos pés (em pacientes com DM). Por outro lado, as atividades mais prevalentes entre os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem estão relacionadas à realização e/ou participação de atividades educacionais grupais e ao uso da linguagem adequada a cada usuário, enquanto que entre os médicos, as atividades mais frequentes são a realização de exames nos pés (pacientes com DM2), a solicitação e a orientação quanto aos exames complementares.

No tocante à atividade de consulta de enfermagem, a qual é privativa do enfermeiro, enfatiza-se que 88,2% dos profissionais a realizou. Além disso, a prescrição do tratamento medicamentoso, atividade privativa do médico, foi observada entre todos os profissionais desta categoria. Entre as atividades realizadas apenas por técnicos ou auxiliares de enfermagem, destaca-se que tanto a verificação da pressão arterial e glicemia capilar, como a entrega de medicamentos aos usuários mediante prescrição médica foram realizadas por 100% deles (TABELA 6).

TABELA 6 - Atividades do atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus realizadas pelos profissionais de saúde (n=51). Araiõeses, MA, Brasil, 2018

Atividade	Enfermeiro		Médico		Técnico/ auxiliar	
	n	%	n	%	n	%
Chama o usuário pelo nome	17	100,0	16	94,1	17	100,0
Trata o usuário com respeito	17	100,0	17	100,0	17	100,0
					Continua...	

Atividade	Enfermeiro		Médico		Técnico/ auxiliar	
	n	%	n	%	n	%
Realiza consulta de enfermagem com base na metodologia da assistência de enfermagem	15	88,2	-	-	-	-
Orienta quanto à importância das mudanças no estilo de vida, relacionadas à alimentação	17	100,0	17	100,0	-	-
Orienta quanto à importância das mudanças no estilo de vida, relacionadas à atividade física	13	76,5	15	88,2	-	-
Orienta quanto ao uso de medicamentos	17	100,0	17	100,0	11	64,7
Realiza exame no pés (paciente com DM)	10	58,8	15	88,2	-	-
Solicita exames laboratoriais	16	94,1	17	100,0	-	-
Orienta quanto aos exames complementares	9	52,9	17	100,0	-	-
Encaminha para o médico, quando necessário	17	100,0	-	-	-	-
Encaminha para o nutricionista, quando necessário	17	100,0	8	47,1	-	-
Realiza e/ou participa, juntamente com outros profissionais, de atividades educacionais grupais	10	58,8	3	17,6	16	94,1
Usa linguagem adequada a cada usuário	17	100,0	13	76,5	17	100,0
Envolve o usuário no atendimento, estimulando sua participação no planejamento dos cuidados prescritos	12	70,6	11	64,7	10	58,8
Pergunta ao usuário se tem dúvida quanto às orientações dadas	10	58,8	10	58,8	6	35,3
Prescreve tratamento medicamentoso	-	-	17	100,0	-	-
Encaminha para o enfermeiro, quando necessário	-	-	17	100,0	-	-
Verifica a pressão arterial	-	-	-	-	17	100,0
Verifica a altura	-	-	-	-	17	100,0
Verifica a circunferência abdominal	-	-	-	-	1	5,9
Verifica a glicemia capilar	-	-	-	-	17	100,0
Entrega de medicamentos aos usuários mediante prescrição médica	-	-	-	-	17	100,0
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

#### 5.4 Níveis de qualidade da assistência a partir dos componentes estrutura e processo

O Gráfico 1 apresenta as médias do nível de qualidade da assistência quanto ao componente ‘estrutura’. Foi identificada diferença estatisticamente significativa entre as distribuições dos níveis de qualidade da assistência nos subcomponentes de avaliação da estrutura, sendo os níveis para recursos materiais ( $76,5 \pm 7,9$ ) e humanos ( $73,9 \pm 22,2$ ), muito superiores aos demais, com médias de 0,739 e 0,765 respectivamente. Considerando os valores das médias dos níveis de qualidade da assistência, os menores foram identificados nas condições de edificação ( $11,8\% \pm 33,2$ ) e medicamentos anti-hipertensivos ( $34,1\% \pm 7,5$ ).

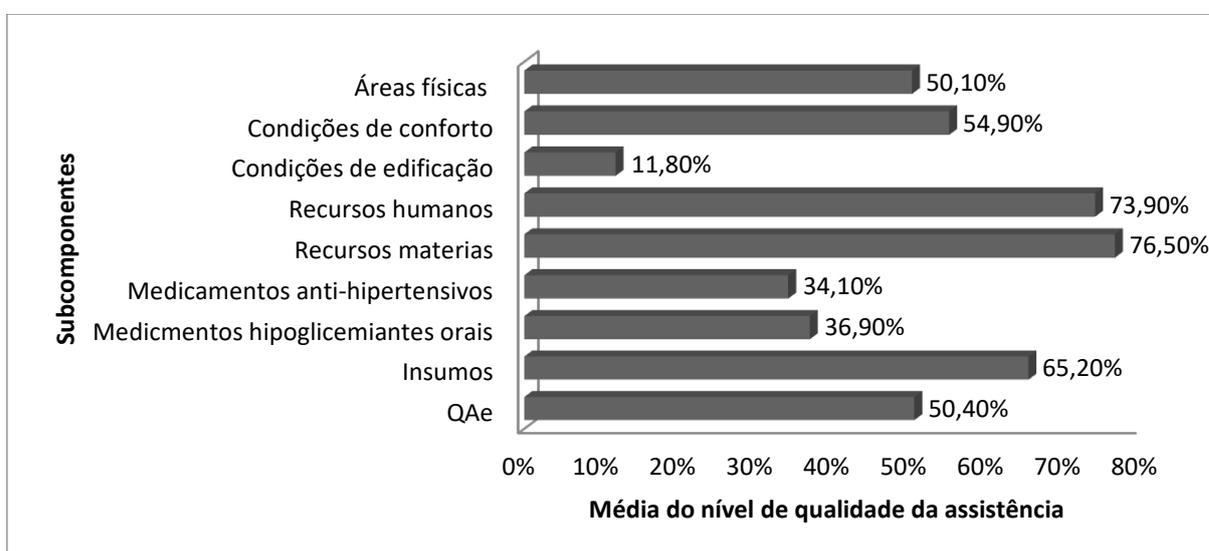


GRÁFICO 1 - Médias do nível de qualidade da assistência quanto ao componente ‘estrutura’. Araiões, MA, Brasil, 2018

O Gráfico 2 apresenta as médias do nível de qualidade da assistência quanto ao componente processo, conforme grupo de profissionais da saúde. Ressalta-se que não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre as distribuições dos níveis de qualidade da assistência conforme desempenho das atividades avaliadas por enfermeiros ( $83,9\% \pm 13,1$ ), médicos ( $82,4\% \pm 10,8$ ) e técnicos ou auxiliares de enfermagem ( $79,9\% \pm 9,3$ ) ( $p=0,376$ ; Teste de Kruskal-Wallis), os quais apresentaram médias de 0,839, 0,824 e 0,799, respectivamente.

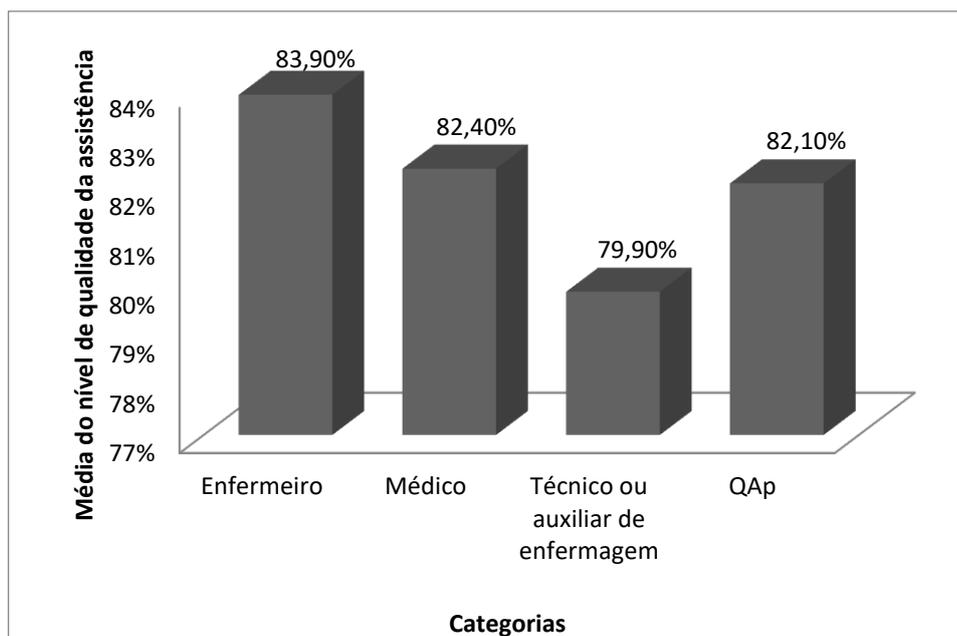


GRÁFICO 2 - Médias do nível de qualidade da assistência quanto ao componente processo conforme grupo de profissionais da saúde (n=51). Araioses, MA, Brasil, 2018.

Na tabela 7, é possível visualizar estes dados de acordo com classificação categórica em tercis da amostra (baixo, moderado e alta), onde o nível de qualidade da assistência total foi considerado como moderado em 88,2% das UBS, sendo o QAe baixo em 58,8% e o QAp alto em 88,2% das unidades de saúde.

TABELA 7 - Classificação do nível de qualidade da assistência total e nos componentes estrutura e processo nas unidades básicas de saúde (n=17). Araioses, MA, Brasil, 2018

Avaliação/nível	Baixo		Moderado		Alto	
	N	%	n	%	n	%
QAe	10	58,8	7	41,2	-	-
QAp	-	-	2	11,8	15	88,2
QAt	-	-	15	88,2	2	11,8

### 5.5 Qualidade da Assistência na atenção às pessoas com HAS e/ou DM e sua relação com as características dos usuários

Na tabela 8, observa-se que a qualidade da assistência total foi melhor avaliada para usuários com DM 2 nas suas respectivas UBSs, os quais apresentaram média de  $68,45 \pm 5,26$ . Além disso, os usuários que possuíam síndrome metabólica (SM) como comorbidade e os que utilizam insulina como tratamento medicamentoso, eram acompanhados em unidades com melhor qualidade da assistência total ( $69,25 \pm 5,86$  e  $69,77 \pm 5,17$ , respectivamente).

Ressalta-se, porém, que em nenhum dos aspectos relacionados às características dos usuários e ao nível de qualidade da assistência foram observados valores significantes, inferindo-se que essa relação não foi comprovada nesse estudo.

TABELA 8 – Relação entre o nível de qualidade da assistência no município e as características dos usuários. Araioses, MA, Brasil, 2018.

Características	Qualidade da Assistência Total (Qat)		
	Média ± DP	r <sub>s</sub>	p-valor
<b>Grupo de pacientes</b>			0,310 <sup>a</sup>
Apenas HAS	66,86 ± 4,95		
Apenas DM 2	68,45 ± 5,26		
HAS e DM 2	67,22 ± 5,89		
<b>Idade</b>		-0,033	0,649 <sup>b</sup>
<b>Sexo</b>			0,722 <sup>c</sup>
Masculino	67,14 ± 5,17		
Feminino	67,34 ± 5,54		
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		-0,089	0,221 <sup>b</sup>
<b>Renda mensal (nº de salários mínimos)</b>		0,017	0,812 <sup>b</sup>
<b>Tempo de tratamento/acompanhamento pela ESF</b>		-0,133	0,068 <sup>b</sup>
<b>Comorbidades*</b>			
Obesidade	67,86 ± 4,87		0,457 <sup>c</sup>
Cardiopatía	66,77 ± 4,32		0,547 <sup>c</sup>
Dislipidemia	66,78 ± 6,69		0,978 <sup>c</sup>
Síndrome Metabólica	69,25 ± 5,86		0,075 <sup>c</sup>
Outras	66,46 ± 5,62		0,312 <sup>c</sup>
<b>Tratamento medicamentoso*</b>			
Anti-hipertensivo	67,00 ± 5,40		0,111 <sup>c</sup>
Aspirina	67,41 ± 5,07		0,731 <sup>c</sup>
Estatina	66,69 ± 6,73		0,955 <sup>c</sup>
Antidiabético oral	67,79 ± 5,76		0,067 <sup>c</sup>
Insulina	69,77 ± 5,17		0,258 <sup>c</sup>
Outros	66,31 ± 5,48		0,076 <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Teste de Kruskal-Wallis.

<sup>b</sup> Correlação de Spearman.

<sup>c</sup> Teste de Mann-Whitney.

\* Valores de Média e DP conforme resposta “sim” para a pergunta.

## 6 DISCUSSÃO

Este trabalho fornece dados a respeito da qualidade da assistência à pessoa com HAS e/ou DM, com o intuito de proporcionar reflexões a profissionais, gestores e pesquisadores acerca do serviço ofertado a esse público. A seguir, será apresentada a discussão das informações coletadas em confronto com a literatura atual de forma a contextualizar os resultados obtidos.

### 6.1 Caracterização dos usuários com HAS e/ou DM segundo variáveis demográficas, clínicas e terapêutica medicamentosa

A pesquisa aponta relação entre o diagnóstico de HAS e DM tipo 2, já que 38,9% dos usuários com HAS, apresentam também o diagnóstico de DM. Nesse sentido, ressalta-se que o diagnóstico precoce e a verificação da ocorrência de comorbidades é de extrema relevância para diminuir a morbimortalidade e favorecer um melhor prognóstico.

Outros estudos já verificaram essa relação, mostrando que a HAS geralmente apresenta-se como comorbidade da DM e que elas apresentam fatores de risco em comum, como o sedentarismo, a obesidade, hábitos alimentares inadequados, entre outros. Além disso, a ocorrência de HAS e DM multiplica os fatores de risco para doença micro e macrovascular, resultando em aumento do risco para mortalidade cardiovascular, doença coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, doença cerebrovascular e doença vascular periférica. (BEEVERS; MAC GREGOR, 2000; HERATH; WEERARATHNA; UMESH, 2015; CECÍLIO, 2015).

A idade média identificada ( $64 \pm 11,6$  anos) é semelhante a idade encontrada em estudos com pessoas com HAS e DM, constatando uma associação direta e linear entre o envelhecimento e a prevalência dessas doenças, podendo estar relacionada ao aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, ao aumento da população idosa (IBGE, 2010). Além disso, o MS ressalta que a idade superior a 65 anos é um dos fatores de risco para DCV (Doenças Cardiovasculares) (BRASIL, 2013).

O levantamento realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2016) apontou que tanto a HAS como o DM, aumentam de acordo com a idade da população, onde 65,2 % e 27,2% dos brasileiros com mais de 65 anos, se autodeclararam com HAS e DM, respectivamente (BRASIL, 2017).

Nesta pesquisa verificou-se a prevalência do sexo feminino entre os usuários com HAS e ou DM. Algumas pesquisas realizadas no país também encontraram esse resultado (SOUTO *et al.*, 2009; SANTA HELENA *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2012; MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012; RADIGONDA *et al.*, 2016; LIMA; SANTOS; MARCON, 2016). Entretanto, não se trata de um consenso na literatura, visto que pesquisas desenvolvidas em Luzerna (SC) e Firminópolis (GO) apontaram maiores prevalências de HAS e DM entre homens (NUNES FILHO *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

No Brasil, as prevalências médias de HAS e DM autorreferidas na população acima de 18 anos, segundo a Vigitel – 2017, são, respectivamente, 3,9% e 2,1% maiores em mulheres do que em homens (BRASIL, 2018). Ademais, segundo Queiroz (1993) e Carolino (2008), a mulher é, na família, a personagem principal no que se refere às questões relacionadas à saúde e doença, pois é ela quem avalia as condições de saúde, tanto a sua própria como a dos demais membros da família e geralmente, procuram os serviços de saúde mais precocemente.

Atualmente, um indicador muito importante é o do analfabetismo funcional, dado a importância crescente da escolaridade nas sociedades modernas. Considera-se que uma pessoa é funcionalmente analfabeta se tem menos de quatro anos de estudo (IPEA, 2005). Neste estudo, quase a metade dos usuários possuíam menos de cinco anos de estudo, apesar da média ser de 5,6 anos. A baixa escolaridade é um indicador capaz de influenciar no autocuidado da saúde e adesão ao tratamento (GALLEGOS *et al.*, 2006).

Estudo de série temporal realizado por Tortorella *et al.* (2017) apresenta resultados semelhantes, apontando ainda que as iniquidades em saúde relacionadas com a escolaridade são mais evidentes nas mulheres, mostrando que as prevalências de HAS e DM nesse público foram 3 a 4 vezes superiores nas menos escolarizadas, na comparação com as de maior escolaridade.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) evidencia que a renda per capita < 3 salários mínimos, associada à escolaridade inferior a 8 anos, idade avançada, sexo masculino e sobrepeso tem associação significativa com a HAS.

A maioria das unidades de saúde do estudo estão localizadas na zona rural. No Brasil, estudos mostram que idosos que vivem na região rural apresentam menor renda, baixa escolaridade, mais problemas de saúde, além de acesso a serviços de saúde precários quando comparados àqueles que vivem em áreas urbanas (BASTA *et al.*, 2008; MORCILO *et al.*, 2013). Ademais, centros urbanos apresentam maior industrialização e desenvolvimento econômico, o que impacta diretamente em características sociais, econômicas e de saúde (LIMA-COSTA *et al.*, 2003; SAVIANI, 2014).

Em relação ao tempo de tratamento e acompanhamento na UBS correspondente à coleta de dados, verificou-se que em todos os prontuários observados havia a prescrição do tratamento correspondente ao diagnóstico de HAS, DM ou ambas. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade do monitoramento contínuo desses usuários, a fim de verificar a eficácia e realização do tratamento medicamentoso prescrito, o qual deve estar associado a hábitos saudáveis e mudanças no estilo de vida, relacionados ao tratamento não medicamentoso.

Vitor *et al* (2011) compreendem a adesão ao regime terapêutico como o comportamento do paciente coincidente com as orientações prescritas pelos profissionais de saúde. Isso só é possível se o vínculo e a confiança já estiverem estabelecidos ao longo do tempo, além da sensibilização do usuário da necessidade de seguir tais tratamentos.

Além disso, dentre as comorbidades identificadas associadas à HAS e DM, estão a obesidade e a dislipidemia, as quais constituem fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) a redução de peso é a medida não farmacológica mais efetiva para controlar a HAS e mesmo pequenas reduções têm diminuído significativamente a pressão, bem como riscos cardiovasculares graças à melhoria do perfil lipídico e da tolerância à glicose, melhorando também a resposta à terapia de drogas anti-hipertensivas.

## **6.2 O componente estrutura na atenção às pessoas com HAS e/ou DM**

### **6.2.1 Análise da organização física das UBS segundo recursos físicos, humanos, materiais, medicamentos, insumos e fluxo de atendimento**

Quanto ao componente ‘estrutura’, foram identificadas deficiências em todos os aspectos analisados, sendo mais acentuadas no que diz respeito às condições físicas, de conforto e edificação onde se notou que 10 dos 25 componentes analisados obtiveram percentual de ausência igual ou maior que 70%. Em contrapartida, quanto aos recursos humanos, observou-se aspectos positivos relacionados à presença de profissionais da equipe assistencial em quase todas às unidades básicas de saúde, com exceção de uma, que não apresentava o profissional médico, como componente da equipe.

A avaliação do componente ambiente físico, em todas as UBSs revelou que os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50/ANVISA (2002), não foram seguidos na íntegra. Esta resolução dispõe sobre a Regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais

de Saúde (EAS) e descreve como primeiro nível de atendimento “os Estabelecimentos de Atendimento Eletivo de Promoção e Assistência à Saúde em Regime Ambulatorial e de Hospital Dia”. Tais limitações interferem na manutenção da biossegurança, uma vez que grande parte das unidades de saúde não dispõe de consultório em quantidades adequadas, comprometendo a consulta de enfermagem e de outros profissionais, tais como nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e quaisquer outros componentes do NASF.

Ressalta-se também a ausência de sala específica para procedimentos técnicos, identificando-se a aplicação de vacinas no mesmo espaço no qual é realizado os curativos, contrapondo-se às especificações de biossegurança, que orientam que o acesso à sala de curativo e à sala de vacina de forma que o usuário não necessite transitar pelas demais dependências da UBS, por se tratar de ambiente a ser utilizado em boa parte por usuários sadios (BRASIL, 2008b).

A ausência da sala de reuniões ou administrativa na maioria das unidades pode dificultar a realização de atividades coletivas com a comunidade e assim como articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais da unidade, comprometendo a mudança do modelo de atenção, numa perspectiva da vigilância em saúde à medida em que a estrutura física das unidades de saúde deve ser facilitadora da mudança das práticas em saúde (BRASIL, 2008b). Nesse sentido, as condições físicas de conforto e edificações se mostram em forma de adaptações às condições preconizadas pelo MS.

Uma vez que a estratégia de saúde da família tem como uma de suas principais linhas de ação a promoção da saúde e prevenção de agravos, destaca-se a insuficiência de materiais educativos e didáticos, o que influenciam sobre a qualidade da atenção aos usuários, já que tendem a dificultar a realização de atividades de educação em saúde que dão suporte à continuidade do cuidado (HARTZ; FELISBERTO; SILVA, 2008).

A limitação do acesso a idosos e portadores de deficiências, pela ausência principalmente de corrimão e rampa de acesso e sanitário adaptado na grande maioria das unidades. Esse achado corrobora com o estudo de Siqueira *et al.* (2009) que, ao avaliar a estrutura arquitetônica de uma amostra de unidades básicas de saúde de municípios em sete Estados brasileiros, classificou 60% das Unidades de Saúde Convencionais (USC) como inadequadas para o acesso de idosos e portadores de deficiências, com maior expressão nas USF quando comparadas às USC, comprometendo a acessibilidade, podendo causar além das quedas, constrangimento, por inviabilizar o pleno exercício da cidadania Silva *et al.*, 2014).

Uma importante observação da avaliação externa das equipes de AB parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ AB)

mostrou que muitas unidades de saúde não possuíam sala de reuniões, sala educativa, rampa de acesso, cadeiras suficientes, banheiros adaptados para idosos e para pessoas com deficiência, entre outros problemas, apontando para condições insuficientes, tanto para o funcionamento adequado das unidades de saúde quanto para o processo de trabalho (FAUSTO; HELENA, 2013).

Em relação aos recursos humanos, constatou-se pontos positivos relacionados à presença do médico generalista e do enfermeiro em praticamente todas as UBSs, enquanto o que não havia auxiliar ou técnico de enfermagem em mais de 35% das unidades, comprometendo a qualidade do atendimento multiprofissional requerido pelo usuário com HAS e/ou DM, à medida em que se contrapõe à composição da Equipe eSF estabelecida através da Política Nacional de Atenção Básica (SBC, 2016; BRASIL, 2017).

Em contrapartida, a disponibilidade dos recursos materiais também foi um aspecto positivo destacado. O esfigmomanômetro e o glicosímetro, os quais são considerados como elementos essenciais para o conhecimento imediato dos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes com HAS e/ou DM e daqueles submetidos ao rastreamento, guiando a instituição terapêutica apropriada em tempo real, foram identificados em todas as unidades, porém, ressalta-se a necessidade de manutenção periódica desses instrumentos, os quais podem comprometer diretamente a qualidade da assistência e rastreamento de HAS e DM (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Apesar da fita métrica ter sido o único recurso material que não foi observado na totalidade das unidades, ainda assim o atendimento holístico se torna comprometido já que a circunferência abdominal pode indicar um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, quando em homens é maior que 102 cm e em mulheres, maior que 88 cm (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2013a). Desse modo, aquisição desse recurso de baixo custo, por parte dos gestores municipais, implicaria em grande impacto na saúde da população.

Em um estudo realizado a partir da avaliação de Ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) no Brasil, percebeu-se um aumento da prevalência de estrutura adequada de materiais, medicamentos e física nas UBS de 2012 para 2014. A estrutura adequada de materiais passou de 3,9% para 7,8%, de medicamentos de 31,3% para 49,9% e física de 15,3% para 23,3%. Nesse mesmo estudo verificou-se que os municípios com mais de 300 mil habitantes, melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e menor cobertura de ESF registraram maiores prevalências de UBS adequadas (NEVES *et al.*, 2018), corroborando com (TOMASI *et al.*, 2015). Isso ocorre possivelmente

por contarem, em geral, com uma rede de assistência mais abrangente e, conseqüentemente, poderem receber maiores demandas por serviços e mais investimentos para a manutenção destes serviços.

Quanto aos medicamentos existentes nas UBS para o tratamento de HAS e DM, notou-se que na maioria das unidades havia os medicamentos mais utilizados, com exceção da Metformina 500 mg. Souto *et al.* (2009), encontrou resultados semelhantes ao identificar que medicamentos como a metformina, hidroclorotiazida e o captopril não estão sendo oferecidos à população cadastrada de forma regular, identificando que captopril falta cinco vezes mais do que os outros, enquanto a glibenclamida está sobrando no estoque da UBS estudada.

Os achados deste estudo apontam para algumas insuficiências no que diz respeito ao à disponibilidade de muitos fármacos de controle da hipertensão arterial e do diabetes presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2010, como o Carvedilol, o Propranolol, o Nifedipino, a Metformina 500mg e a Glicazida, o que pode acarretar gastos para o usuário, caso sejam prescritos. Barreto *et al.* (2015) identificaram que 29,8% dos usuários diabéticos e 36,9 hipertensos assistidos pela ESF no estado de Pernambuco apresentaram gastos mensais com medicamentos para o controle destes agravos.

Nesse contexto, os medicamentos essenciais de uso contínuo assumem grande relevância no sistema público de saúde, pois a descontinuidade no fornecimento e/ou a falta de provimento adequado dos produtos farmacêuticos podem agravar essas DCNT com consequente aumento dos gastos nos serviços de maior complexidade (VOSGERAU; CABRERA; SOUZA, 2011).

Entretanto, os profissionais da equipe da ESF precisam ser capazes de identificar fatores e comportamentos de risco e habilitar as pessoas não apenas para uma boa adesão ao tratamento farmacológico, mas também para o autocuidado por meio de orientações e informações, tendo como finalidade qualificar a convivência com a doença e deste modo, minimizar suas potenciais complicações (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

No que concerne aos insumos, ressalta-se ausência de monofilamentos de Semmes Weinstein de 10 g. Esses resultados são similares aos achados do estudo de Souto (2009) que constatou a insuficiência de insumos, seringas e agulhas e monofilamentos de 10 g, para o tratamento e monitoramento de DM. Os demais materiais indispensáveis para a realização da glicemia capilar foram identificados, com exceção das lancetas que estava presente em menos da metade das unidades avaliadas, mas que podem ser substituídas por agulhas de menor calibre.

### 6.3 O componente processo na atenção à pessoa com HAS e/ou DM

#### 6.3.1 Análise do atendimento realizado por profissionais de saúde aos usuários com HAS e/ou DM2

O processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família junto a pessoas com HAS e DM deve visar uma assistência integral na perspectiva da corresponsabilização de profissionais, usuários e suas famílias, ultrapassando práticas de saúde fragmentadas, desde a construção coletiva do planejamento das ações, acompanhamento mais criterioso da situação de saúde da população e o incentivo ao envolvimento da comunidade no cuidado a esses usuários (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Destaca-se a importância da interdisciplinaridade e do diálogo entre os profissionais que atuam no cuidado com usuários com HAS e DM, no contexto da ESF. O cuidado em saúde requer uma dimensão ontológica, holística e integradora, assim como as práticas dos profissionais que atuam na área da saúde também solicitam ser pautadas nessa compreensão (FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

O médico e o enfermeiro realizam grande parte do acompanhamento de pessoas com HAS em consulta individual. É fundamental que esses profissionais saibam identificar os fatores de risco relacionados a hábitos de vida e realizar orientações básicas sobre alimentação saudável e seus benefícios para pessoas com HAS e DM, além do exame físico e clínico, objetivando um adequado controle pressórico e glicêmico e prevenção de comorbidades (BRASIL, 2013a; 2013b).

Quanto ao exame dos pés, o qual deve ser realizado na pessoa com DM, constatou-se que a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros o realizaram, todavia não foram identificados monofilamentos de 10g na estrutura das UBS o que implica que estes profissionais de saúde não estão realizando todas as etapas do exame dos pés segundo as diretrizes nacionais e internacionais (BRASIL, 2016; BAKKER *et al.*, 2015)

Silva (2017) reforça que para identificação do pé em risco de Neuropatia, deverá ser realizada pelos profissionais de saúde previamente treinados e na APS, em especial pelo enfermeiro, avaliação anual do paciente através da avaliação por monofilamento de 10g e diapasão de 128Hz, os quais são capazes de auxiliar a identificação da perda da sensação de pressão (BAKKER *et al.*, 2015).

Segundo a Federação Internacional de Diabetes (2017), as pessoas devem ter, no mínimo, um exame anual de seus pés (em maior número, se o risco de complicações for

elevado). E assegura-se que este exame é o componente essencial para o manejo adequado desta complicação, mediante investigação da sensação protetora do pé, de sua estrutura, biomecânica, circulação e integridade da pele, através de testes simples e de baixo custo, concordando com vários estudos.

No que tange às atividades de atendimento ao usuário com HAS e/ou DM comuns a todos os profissionais, observou-se que ‘chamar o usuário pelo nome’ e tratá-lo com respeito’ foram características observadas em quase totalidade dos profissionais, com exceção de um médico, o qual tratava os usuários com respeito, mas se referia a todos de forma genérica associada à idade, como “vozinha/vôzinho” ou ao gênero, como “Dona Maria”.

A identificação do usuário pelo nome denota a valorização da identidade própria, assim como contribui para o fortalecimento do vínculo e dos processos de trabalho e a humanização da assistência inicia com a postura acolhedora dos profissionais (MARTINS. LUZIO, 2017; BRASIL, 2004b).

Vaitsman e Andrade (2004) afirmam que o conceito de humanização está ligado ao paradigma dos direitos e a cada dia surgem novas reivindicações, que remetem às singularidades dos sujeitos. Nessa perspectiva, o respeito é imprescindível na relação terapeuta-usuário e se fundamenta no fato que o cliente é um ser individualizado e com dignidade.

A humanização, então, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado dignos, solidários e acolhedores por parte dos trabalhadores da saúde, os quais devem ser sensíveis às necessidades singulares dos sujeitos atendidos. Portanto, humanizar não é só tratar bem o paciente, vendo como um todo, mas é também prestar assistência qualificada (SILVA; SILVEIRA, 2011).

Em relação ao atendimento realizado pelos profissionais de saúde, o atendimento dos enfermeiros foi marcado por características como confiança, respeito e atenção aos aspectos relacionados à influência de fatores socioculturais no processo de cuidado, corroborando com a Política Nacional de Humanização do MS (BRASIL, 2004b). Entre os profissionais observados, percebeu-se que os enfermeiros demonstravam maior vínculo com os usuários no momento do atendimento, o que pode influenciar em uma maior adesão à terapêutica e plano de cuidados.

A existência de profissionais que buscam assegurar a criação de vínculos efetivos entre equipe de saúde e usuários, bem como o estabelecimento de relações de troca e confiança contribuirá significativamente para a corresponsabilização dos usuários e família no

cuidado com a saúde. Assim, escuta sensível das necessidades de saúde do usuário durante o acolhimento ou consulta proporciona a concretização da atenção integral aos usuários em seu contexto existente (GOMES; PINHEIRO, 2018).

De acordo com a Resolução do COFEN-358/2009, o processo de enfermagem quando realizado em ambulatórios, domicílios, escolas, associações comunitárias, é denominado de Consulta de Enfermagem. Nesse estudo observou-se que as consultas de enfermagem não seguiam um padrão de etapas a partir de instrumentos próprios. A coleta de dados, o diagnóstico, o planejamento e avaliação mostraram-se de forma desarticuladas e não registradas, comprometendo a orientação do cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional.

Entretanto, durante as consultas de enfermagem eram destacadas orientações relacionadas ao uso dos medicamentos e adesão à prática de atividade física e hábitos alimentares saudáveis, assim como o contexto do usuário, sua situação financeira, suas relações interpessoais, o quanto essas questões podem influenciar no estado de saúde ou de doença daquela pessoa, fatos que estão de acordo com as propostas do MS (BRASIL, 2013a, 2013b).

Nas consultas de enfermagem, o foco do processo educativo foi para orientação daquelas medidas que comprovadamente reduzem a pressão arterial. Essas indicações possuem baixo custo, ajudam no controle de fatores de risco para outros agravos, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (necessitando de menores doses e de menor número de fármacos) e reduzem o risco cardiovascular (SEGA *et al.*, 2005, BRASIL, 2013a).

O enfermeiro deve auxiliar o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que está diretamente associado à alimentação regular e prática de exercícios físicos (BRASIL, 2013b).

Em todas as unidades atentou-se para o fato do uso compatível da linguagem conforme a compreensão e entendimento do usuário, assim como a negociação de práticas e o envolvimento no plano de trabalho prescrito, porém pactuado, o que reforça a ideia da construção de uma clínica ampliada, cuja doença não seja o foco, mas apenas aspecto a ser considerado durante a vida (SOUZA; SANTOS, 2012; RIBEIRO; VASCONCELOS, 2014).

Mesmo nas consultas de enfermagem onde não foi observado o questionamento sobre possíveis dúvidas do usuário sobre as orientações dadas, a verificação do feedback das

informações era feita quando o enfermeiro solicitava ao usuário para reproduzir as orientações da forma como este havia entendido. Nesse contexto, a comunicação mostrou-se como uma das principais ferramentas do trabalho do enfermeiro, corroborando com Damasceno *et al.* (2012), os quais evidenciam o quanto é complexo o estabelecimento de uma comunicação, requerindo grande afinidade entre as partes envolvidas.

Segundo Mendes (1994), o objetivo básico da comunicação promovida por profissionais é promover a reflexão das pessoas acerca das escolhas em saúde, considerando o ambiente físico e o contexto socioeconômico. Entretanto, muitas vezes, nas ações do cuidar a linguagem em saúde é marcada por palavras de ordem, proibições e de controle, dessa forma, torna-se fundamental, observar os efeitos da linguagem nas pessoas e os significados que essa linguagem tem para elas. Neste sentido, a comunicação é um instrumento que deve ser utilizado de forma estratégica e cautelosa no agir do enfermeiro, o qual deve ampliar e aprimorar o olhar holístico sobre o usuário.

Akerman e col. (2015) também destacam a importância da linguagem entendida em suas funções pragmáticas nas relações, em sua diversidade, abrangendo as ações verbais e não verbais, objetos e ambientes. Campos *et al.* (2010), destaca que o processo de comunicação deve ser ético, transparente, atento aos valores, opiniões, tradições, culturais e crenças das comunidades, respeitando, considerando e reconhecendo as diferenças, baseando-se na apresentação e avaliação de informações educativas, interessantes, ativas e compreensíveis.

O enfermeiro é reconhecido por ser o interlocutor e o principal agente catalisador das políticas e programas voltados para a saúde coletiva, em especial para a ESF. Especialmente na saúde pública a autonomia do enfermeiro torna-se mais expressiva por meio do atendimento à população nas consultas de enfermagem e nas atividades de educação em saúde no âmbito individual e coletivo (BACKES, 2012).

Nesse contexto, alguns estudos relatam os benefícios a partir da introdução dos grupos no projeto terapêutico de pessoas com HA e DM, mostrando que a tecnologia de grupo quando bem empregada, tem levado a uma diminuição dos índices de glicemia capilar, níveis pressóricos e demanda pelas consultas médicas, além de ser uma importante estratégia para o fortalecimento do autocuidado desses usuários com DCNT (SANTOS MACIEL; COELHO; MARQUES; NETO; LOTIF; PONTE, 2015; MENDONÇA; NUNES, 2015).

Nesse estudo, constatou-se que os enfermeiros foram os profissionais com maior participação nas atividades educacionais grupais na ESFs, demonstrando a valorização de atividades de promoção da saúde por esses profissionais. Em contrapartida, a minoria dos médicos participava dessas atividades, evidenciando a ênfase dada para o modelo

medicalocêntrico, como ressaltado por Silva e Silveira (2011). Em contrapartida, o MS (2014), estabelece que é necessário que o processo educativo seja coordenado por uma equipe multiprofissional, possibilitando um olhar complexo da condição crônica.

Quanto à atividade relacionada ao encaminhamento para outro profissional, notou-se que os profissionais de enfermagem são os que mais o realizam, direcionando os usuários para o médico ou nutricionista, quando necessário, potencializando assim a abordagem multiprofissional. Entretanto, menos da metade dos profissionais médicos fizeram o encaminhamento para o nutricionista.

Segundo a OMS (2010), o tratamento e o acompanhamento da pessoa com DM e/ou HAS devem ser feitos por equipe multiprofissional, de forma longitudinal por meio do vínculo e responsabilidade compartilhada entre os membros da equipe, através de planos terapêuticos individualizados, que promovam o autocuidado apoiado, na visão de cuidado integral centrado na pessoa, levando-se em conta os aspectos culturais, comunitários e familiares, bem como a vulnerabilidade dos indivíduos.

#### **6.4 Análise do nível de qualidade da assistência a partir dos componentes estrutura e processo**

No que concerne ao nível de qualidade da assistência quanto ao componente 'estrutura', observou-se que os níveis de qualidade da assistência nos subcomponentes de recursos materiais e humanos foram superiores aos demais, enquanto que os menores níveis foram identificados nos subcomponentes 'condições de edificação' e 'medicamentos anti-hipertensivos'.

A inadequação dos aspectos essenciais da estrutura, seja no que se refere a recursos humanos, físicos ou materiais, pode comprometer o desempenho do processo de assistência e, consequentemente, o alcance dos resultados (SILVA *et al*, 2011). Nesse sentido, Helena *et al* (2010) enfatizam que cabe ao gestor municipal garantir a estrutura necessária, bem como trabalhar pela melhoria do processo de trabalho dos profissionais de saúde da rede através de qualificação profissional, planejamento e monitoramento de ações assistenciais desenvolvidas no nível local.

Entretanto, é necessário considerar a validade e influência da disponibilidade de recursos e insumos na qualidade da assistência prestada, pois, estruturas adequadas e bons recursos podem ser mal utilizados; enquanto práticas assistenciais de qualidade e eficazes

podem ocorrer, mesmo em condições inapropriadas, dependendo da motivação, empenho e coparticipação dos profissionais (MOURA *et al.*, 2010).

No que concerne ao componente ‘processo’, ressalta-se que a média do nível de qualidade da assistência geral foi considerada alta, com destaque ao atendimento realizado por enfermeiros. Nesse âmbito, um estudo realizado por Santos; Silva e Marcon (2018), mostra que a qualidade dos serviços prestados por enfermeiros a usuários com Diabetes, está vinculada à capacidade de gestão, comprometimento profissional, disponibilidade de recursos, planejamento, organização, implementação e avaliação do serviço. Deste modo, para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade é primordial garantir a integralidade e a longitudinalidade, as quais são potencialidades da ESF, bem como facilitar o acesso aos serviços e às tecnologias de saúde, impactando diretamente na qualidade de vida das pessoas.

O nível de qualidade da assistência total foi considerado de moderado a alto em todas as UBSs estudadas. Nesse sentido, apesar de lacunas evidenciadas na estrutura, infere-se que aspectos do processo vivenciado durante as observações, como a comunicação e boa relação, podem impactar positivamente na qualidade da assistência e cuidado ofertado. Corroborando com estudos de abordagem qualitativa que avaliam a satisfação do usuário, constataram que o índice de satisfação dos usuários mostrou-se positivo, considerando a infraestrutura, acessibilidade e relação com a equipe, que obteve a maior prevalência de satisfação (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006; HELENA *et al.*, 2010; MARINHO *et al.*, 2018).

Nesse contexto, há ainda desafios a serem superados através de uma maior mobilização política a fim de reestruturar o financiamento das ações de saúde e de redefinir os papéis dos diversos setores, de modo que modelo de atenção seja adequado para atender às necessidades de saúde da população e à promoção da qualidade do cuidado ao usuário (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015). Outro desafio importante está relacionado à mudança na qualidade dos gestores do SUS, na relação do gestor com os profissionais de saúde e usuários, e na participação ativa dos profissionais da saúde - também usuários, clientes e público-alvo dos serviços do SUS - na pactuação destas metas e parâmetros de qualidade (SAVASSI, 2012).

### **6.5 Qualidade da Assistência na atenção às pessoas com HAS e/ou DM e sua relação com as características dos usuários**

Busca-se com a melhoria de qualidade que os usuários consigam obter o melhor benefício possível para sua saúde. Para que isso ocorra é necessária a estruturação de serviços

de forma organizada, adequada e produtiva à sua missão (BONATO, 2011). Nesse contexto, ao verificar a relação entre a qualidade da assistência e a característica dos usuários atendidos nas suas respectivas UBSs, notou-se que a qualidade da assistência total foi mais bem avaliada para usuários com DM2 nas suas respectivas UBSs, provavelmente pela complexidade associada a doença.

Sabe-se que as pessoas com DM2 apresenta comorbidades, como obesidade, HAS e dislipidemia. Portanto, o cuidado requer equipe multiprofissional e tecnologias leves, com abordagem interdisciplinar, colaborativa e integrada, estimulando um papel ativo do usuário e assim apoiar a modificação do foco na cura e reabilitação baseadas em tecnologias medicalocêntricas, para um foco na promoção da saúde e prevenção baseada em evidências (SAVASSI, 2012).

Observou-se também que quanto maior a idade dos usuários e o tempo de tratamento, menor a qualidade da assistência total. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade da verificação periódica dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados, assim como a investigação dos fatores associados através de visitas domiciliares e busca ativa dos faltosos em consultas. Além disso, os usuários que possuíam SM como comorbidade e os que utilizam insulina como tratamento medicamentoso, eram acompanhados em unidades com melhor a qualidade da assistência total, demonstrando potencialidade na qualidade da assistência. Essas relações podem estar associadas com o fato de usuários insulino dependentes requerem atenção maior para a adesão ao tratamento e das complicações associadas à SM.

Apesar das considerações supracitadas, em nenhum dos aspectos associados à relação das características dos usuários e ao nível de qualidade da assistência foram observados valores significantes. Assim, essa relação não foi comprovada nesse estudo, bem como não foram encontrados em estudos semelhantes, apontando a necessidade de mais intervenções sobre esse aspecto.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu a identificação dos entraves e potencialidades relacionadas à assistência aos usuários com HAS e/ou DM, confirmando a relação existente entre essas condições crônicas e a qualidade dos cuidados primários em saúde. As características socioeconômicas, como a predominância do sexo feminino e a baixa escolaridade da população assistida pelos serviços avaliados, indicam a necessidade de focar no plano terapêutico, o estímulo ao autocuidado da saúde bem como a verificar continuamente a adesão e eficácia do tratamento prescrito. Entretanto o estudo não apontou relação entre as características dos usuários e o nível de qualidade da assistência.

Em relação à avaliação do componente estrutura todos os aspectos analisados apontaram fragilidades. As deficiências identificadas foram mais acentuadas no que diz respeito às condições físicas, de conforto e edificação relacionadas às limitações de acesso dos usuários e à condensação de atividades diversas em um único espaço, como a ausência de sala específica para procedimentos técnicos, identificando-se a aplicação de vacinas no mesmo espaço no qual é realizado os curativos, contrapondo-se às especificações de biossegurança. Por outro lado, a presença de profissionais da equipe assistencial na maioria das unidades básicas de saúde, evidencia potencialidades no âmbito dos recursos humanos que podem ser aprimoradas a partir de educação permanentes sobre as condições de saúde mais comuns na UBS, onde se enquadram HAS e DM.

Quanto ao componente processo, no que se refere às atividades de atendimento ao usuário com HAS e/ou DM comuns a todos os profissionais, observou-se que ‘chamar o usuário pelo nome’ e ‘trata-lo com respeito’ foram características identificadas indiscriminadamente, demonstrando vínculo estabelecido entre profissionais e usuários. Além disso, todos os profissionais da equipe mínima apresentaram médias altas de nível de qualidade da assistência, com destaque dos enfermeiros, os quais estão à frente do processo de cuidado e acompanhamento desse público utilizando estratégias não farmacológicas, como atividades educacionais grupais, para obterem melhores resultados. Nesse sentido, acredita-se que esta avaliação tenha possibilitado a reflexão dos profissionais avaliados acerca do processo de trabalho em que estes estão inseridos e da necessidade de autoavaliação contínua de suas práticas assistenciais.

Assim, teve-se a oportunidade de conhecer as características dos serviços de saúde que podem representar entraves na assistência à pessoa com HAS e/ou DM, identificando-se o nível de qualidade da assistência total como médio, na maioria das UBS, o que pode

contribuir para a mudança da realidade encontrada, impactando diretamente na dimensão ‘resultado’, não avaliada nesse estudo. De todo modo, o compartilhamento dos resultados oriundos deste estudo seria fundamental para dar visibilidade à situação evidenciada, a fim de mobilizar as equipes que atuam na ESF sobre a importância da busca constante de estratégias que qualificam a assistência, desde a adequação dos aspectos estruturais evidenciados até a qualificação do processo no que concerne ao atendimento realizado pelos profissionais da AB.

## **8 RECOMENDAÇÕES**

Com base nos resultados apresentados, recomendam-se algumas medidas que podem fortalecer a qualidade da atenção à pessoa com HAS e/ou DM no âmbito da AB, a saber: implementar um protocolo de atendimento clínico aos usuários com HAS e/ou DM em todas as UBS, baseado na estratificação de risco; realizar capacitação continuada na atenção à pessoa com HAS e/ou DM para todos os integrantes da ESF; realizar capacitação dos coordenadores do programa de HAS e DM focando ações gerenciais de análise dos dados e planejamento de ações; estimular o uso da informação tanto por parte da coordenação de programas quanto pelos profissionais das ESF; adequar a estrutura física das UBS, a fim de subsidiar condições adequadas de atendimento; estruturar as UBS com equipamentos e medicamentos necessários para atender a esses usuários com qualidade; disseminar os resultados desta avaliação com os gestores e profissionais diretamente envolvidos na atenção ao HAS e DM de Araioses. Nesse sentido é válido destacar que uma estrutura adequada potencializa a ocorrência de processos consistentes e, conseqüentemente, pode aumentar a probabilidade de bons resultados. Assim, espera-se que este estudo possa propover a reflexão sobre a reorganização dos serviços de atendimento e embasar a realização de outros estudos com ênfase na análise da dimensão “resultado”.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, A. M. P. G. Avaliação da atenção em diabetes mellitus no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha- Ceará. Tese (doutorado)- **Universidade Federal do Ceará**, Fortaleza, 2013.
- ALENCAR M. N., *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2014.
- AMERICAN DIABETIC ASSOCIATION DIABETES AND HYPERTENSION: A position statement by the American Diabetic Association. **Diabetic Care** 40(9): 1273–1284, 2017.
- ANDRADE, J.P.; ARNETT, D.K.; PINTO, F.; PINEIRO, D.; JUNIOR, S. C. S.; MATTOS, L. A. P.; MACHADO, C. A.; OLIVEIRA, G. M. M.; DOHMANN, H. F.; GIELEN, S. **Sociedade Brasileira de Cardiologia** – Carta do Rio de Janeiro III Brasil Prevent/ I América Latina Prevent Arq Bras Cardiol. 2013; 100(1):3-5.
- ARAÚJO, R.B.; SANTOS, I.S.; CAVALETI, M.A.; DIAS DA COSTA, J.S.; BERIA, J.U. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Rev. Saúde Públ.**, v.33, n.1, p.24-32, 1999.
- AKERMAN, M. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos** / Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 374 p. 2015.
- BARRETO, M.N.S.C. *et al.* Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 413-424, June 2015 .
- BASTA, N.E.; MATTHEWS, F.E.; CHATFIELD, M.D.; BRAYNE, C. Community-level socio-economic status and cognitive and functional impairment in the older population. **Eur J Public Health**. 18(1):48-54. 2008.
- BACKES, D.S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 223-230, Jan. 2012.
- BAKKER, K.; APELQVIST, J.; VAN NETTEN, J.J.; SCHAPER, N.C.: The 2015 IWGDF Guidance documents on prevention and management of foot problems in diabetes: development of an evidence-based global consensus. **Diabetes Metab Res Rev**. 32 (Suppl1):2-6. 2016.
- BEEVERS, D. G.; Mac GREGOR, G.A. A Hipertensão com outras Doenças. In: **Hipertensão na Prática**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap 14, p. 167-185. 2000.
- BONATO, V.L. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente**. O Mundo da Saúde, São Paulo:35(5):319-331, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo 1**. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – **RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) n. 50**: 21\02\2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS**. Brasília; Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização - Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Avaliação de Desempenho do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**: princípio e diretrizes, Brasília, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família– 2. ed.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde.. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool pcatool. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamentode Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade daAtenção Básica; AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 134 p.: il. – (Série B.Textos básicos de saúde), 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 128 p, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 160 p, 2013b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 162 p, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017:** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAVALCANTI, P.C.S.; OLIVEIRA NETO, A.V.; SOUSA, M.F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, June 2015.

CARVALHO FILHA, F.S.S.; NOGUEIRA, L.T.; MEDINA, M.G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 265-278, Oct. 2014.

CAMPOS, F. *et al.* **Educação Sexual na EJA**. [Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania]. Brasília-DF, 2010.

CAROLINO, I.D.R. *et al.* Fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 238-244, Apr. 2008.

CECILIO, H.P.M. *et al.* Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 113-119, Apr. 2015.

CEPRO – **Fundação Centro de Pesquisas Econômicas e Sociais do Piauí**, 2011.

CHOBANIAN, A. V. (Org). **The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. Washington D.C.: National Institutes of health:88p, 2004.

CPRM - Serviço Geológico do Brasil. **Localização**, 2004.

CESSE EAP. Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): **Fundação Oswaldo Cruz**; 2007.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saúde Pública** 24(Suppl. 1): S7-S27, 2008.

CRUZ, M.M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. p.181-199, 2011.

DANELUZ, M. *et al.* Desenvolvimento e validação de questionário de satisfação dos usuários hipertensos do Programa de Saúde da Família, Blumenau, SC. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA**, 8. CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE COLETIVA, 09. 2006, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

DENIS, J.L. Institucionalização da avaliação na administração pública. **Rev Bras Saude Mater Infant**. 10 Supl 1:229-37, 2010.

DEUS, A.R. **Qualidade na assistência à saúde – um olhar sobre a literatura**. XII CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO. LATEC/UFF, 2016.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Mem Fund**, v.44, n. 3, p. 166-206, 1966.

\_\_\_\_\_. The assessment of technology and quality. **Int J. Technol Assess Health Care**. v. 4, p. 487-496, 1988.

\_\_\_\_\_. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, vol. 20, n. 6, p. 975-92, 1992.

\_\_\_\_\_. Evaluating the quality of medical care, 1966. **The Milbank quarterly**, United States, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DUNCAN, B. B. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 156, p. 1-13, Dec. 2000.

FAUSTO, M.C.R.; HELENA, F.M.S. org. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB / organizadores: Márcia Cristina Rodrigues Fausto; Helena Maria Seidl Fonseca.** – Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013.

FEITOSA, I.O.; PIMENTEL, A. HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 8, n. 1, p. 13-30, 2016.

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

FELISBERTO, E. Institucionalização da avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro: Medbook; p. 143-61, 2010.

FERRANNINI, E.; CUSHMAN, W.C. Diabetes and hypertension: The bad companions. **The Lancet** 380(9841), 601–610, 2012.

FERREIRA, C.L.R.A.; FERREIRA, M.G.. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

FILHA, F.S.S.C.; NOGUEIRA, L.T.; VIANA, L.M.M. Hiperdia: Adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Rene**. 12(esp):930-6, 2011.

GALLEGOS, E.C.; OVALLE-BERÚMEN, F.; GOMEZ-MEZA, M.V. Metabolic control of adults with type 2 diabetes mellitus through education and counseling. **J Nurs Scholarsh**. 38(4):344-51, 2006.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, Aug. 2005.

HARTZ, Z.M.A; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.** Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: FIOCRUZ; p. 275, 2005.

HARTZ, Z.M.A; FELISBERTO, E.; VIERA DA SILVA, L.M. **Meta-avaliação da atenção básica à saúde - teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 410 p., 2008.

HARZHEIM, E. *et al.* Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 5, maio, 2016.

HELENA, E.T.S.;NEMES, M.I.B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 614-626, Sept. 2010.

HERATH, H.M.M.; WEERARATHA, T.P.; UMESHA, D. Cardiovascular risk assessment in type 2 diabetes mellitus: comparison of the World Health Organization/International Society of Hypertension risk prediction charts versus UK Prospective Diabetes Study risk engine. **Vascular Health and Risk Management**, 11, 583–589, 2015.

IBGE. **População estimada**: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2018.

IDSUS. **Apresentação**. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, 2016a.

\_\_\_\_\_. **Documentos de referência**. Ministério da Saúde, 2016b.

\_\_\_\_\_. **Grupos homogêneos**. Ministério da Saúde, 2016c.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas 2017** (Eighth edi). London: International Diabetes Federation. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (BGE). **Sinopse do censo demográfico**, [Internet]. 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA), Fundação João Pinheiro, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. [capturado 2005 nov 22]:[4 p.], 2005.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Cad Saude Publica**. 19(3):745-57, 2003.

LIMA, E.F.A; SOUSA, A.I.; LEITE, F.M.C.; LIMA, R.C.D; NASCIMENTO, M.H.; PRIMO C.C. Avaliação dos atributos da atenção primária. **Esc Anna Nery**; 20(2): 275-280, 2016.

LIMA, J.C.; SANTOS, A.L.; MARCON, S.S. Percepção de usuários com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online); 8(1): 3945-3956, jan.-mar. 2016.

MACIEL, M.S. *et al.* Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família - NASF. **Saúde (Santa Maria)**, [S.l.], p. 117-122, jun. 2015.

MARINHO, N.B.P. *et al.* Avaliação da satisfação de usuários de um serviço especializado em diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 599-606, 2018.

MALTA, D.C.; SARDINHA, L.M.V.; MENDES, I. *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 15, (Supl. 2), p. 3.009-19, 2010.

MARTINS, C.P.; LUZIO, C.A. Política HumanizaSUS: ancorando um navio no espaço. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 13 a 22 de março de 2017.

MATIDA, A.H.; CAMACHO, L.A.B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e sínteses no processo de avaliação nos processos de saúde. **Cad Saúde Pública**. 20 (1): 37-47, 2004.

MEDEIROS, F.A., *et al.* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud Publica** v.12, n. 3,p. 402 a 413, 2010.

MENDES, I.A.C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1994.

MENDES, T.A.B. Prevalência de doenças crônicas e utilização dos serviços de saúde por idosos residentes no Município de São Paulo [tese]. São Paulo: **Universidade de São Paulo**; 2010.

MENDONCA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 397-409, Ago. 2015.

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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 71-78, Jan. 2012.

MIRANZI, S.S.C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes mellituse hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto - enferm.** v.17, n.4, Florianópolis, out./dez. 2008.

MORCILLO, C.V; LORENZO-CÁCERES, A.A; DOMÍNGUEZ, R.L.P; RODRÍGUEZ, B.R.; TORIJANO, C.M.J. Health inequalities in self-perceived health among older adults in Spain. **Gac Sanit.** 28(6):511-21, 2013.

NAGAHAMA, E.E.I. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s279-s290, 2009.

NEVES, R.G. *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00072317, 2018.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de Programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 34; n.5. São Paulo. Outubro, 2000.

NUNES FILHO, J.R.; DEBASTIANI, D.; NUNES, A.D.; PERES, K.G. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq Bras Cardiol**. 89(5):319-24, 2007.

OLIVEIRA, L.P.M.; ASSIS, A.M.O.; SILVA, M.C.M.; SANTANA, M.L.P.; SANTOS, N.S.; PINHEIRO, S.M.C. *et al.* Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**. mar;25(3):570-82, 2009.

OLIVEIRA, S.M.J.V. *et al.* Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto & Contexto Enferm**. v.17, n.2. Florianópolis, abr./jun. 2008.

OLIVEIRA, A.E.F; REIS, R.S. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde. **Universidade Federal do Maranhão**. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília, 2010.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, Fev. 2006.

PEREIRA, M.G. Qualidade dos serviços de saúde. In: **Epidemiologia: teoria e prática**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 538-60, 2001.

PEREIRA, J. G. *et al.* Estudo comparativo da assistência ao paciente portador de Diabetes mellitus na rede pública de saúde, entre municípios do Estado do Paraná - Brasil, nos anos de 2004 e 2005. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 07-15, dez. 2008.

PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, **Avaliação e Controle de Sistemas**. Brasília: Ministério da Saúde, 64p. 2015.

QUEIROZ, M.S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cad Saúde Pública**. 9: 279-82, 1993.

RADIGONDA, B.; SOUZA, R.K.T.; CORDONI JUNIOR, L.; SILVA, A.M.R. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela

Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, Brasil, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. vol.25, n.1, pp.115-126, 2016.

REIS, R.S.; COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M.; SANTOS, A.M.; ALVES, M.T.S.S.B.; LAMY, Z.C. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013

RIBEIRO, K.S.Q.S.; VASCONCELOS, E.M. As redes de apoio social nas práticas de educação popular e saúde: reflexões de uma pesquisa-ação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1453-1462, 2014.

RIGHI, A.W.; SCHMIDT, A.S.; VENTURINI, J.C. Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: Uma Avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista Produção Online**, v.10, nº 3, Setembro, 2010.

ROMERO, A.D; SILVA, M.J.; SILVA, A.R.V; WAGNER JÚNIOR, F.R.R.; DAMASCENO, M.M.C. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. **Rev Rene**. 11(2):72-8, 2010

SANTOS FILHO, S.B. org. Avaliação e humanização em Saúde: marcos conceituais e metodológicos. Ijuí: **Editora Unijui**; Avaliação e humanização em Saúde: aproximações metodológicas; p. 27-54, 2009.

SAMICO, I. *et al.* (org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 196 p., 2010.

SANTOS FILHO, S.B. org. Avaliação e humanização em Saúde: marcos conceituais e metodológicos. Ijuí: **Editora Unijui**; Avaliação e humanização em Saúde: aproximações metodológicas; p. 27-54, 2009.

SANTOS, F.P.A.; NERY, A.A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, Fev. 2013.

SANTOS, A.L.; SILVA, E.M.; MARCON, S.S. Assistência às pessoas com diabetes no hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e2630014, 2018.

SANTOS, I.S.; VICTORA, C.G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cad Saúde Pública**. 20 (2): 5337-41, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.

SAVIANI, D.; ALMEIDA, J.S.; SOUZA, R.F.; VALDEMARIN, V.T. O legado educacional do século XIX. 3. ed. Campinas: **Editora Autores Associados**; 224 p , 2014.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, n. 377, 2011.

SCHMIDT, M.I. *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** The Lancet, London, 9 maio 2011.

SILVA, M.E.D. C.; *et al.* As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. **Rev. Bras. Enferm.** v.61, n.4, Brasília, jul./ago. 2008.

SILVA, C.M.; SILVA, F.R.; CAMPOS, L.G.; GONTIJO, T.L. Assistência ao hipertenso na atenção primária a saúde em Divinópolis, Minas gerais: uma análise diagnóstica. **R. Enferm. Cent. O. Min.** VOL. 2, N. 1, 2012.

SILVA, I.D.; SILVEIRA, M.F.A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SILVA, A.S.B. *et al.* Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 512-518, Set. 2011.

SILVA, J.V.M. *et al.* Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. **Rev. Bras. Enferm.** vol.68 no.4 Brasília July/Aug. 2015.

SILVA, M.A.P.S. *et al.* Marcial Alexandre Pereira da. **Manual de prevenção do pé diabético/** Marcial Alexandre Pereira da Silva, Geraldo Magela Salomé e Margarida Maria de Carvalho Resende. Pouso Alegre: Univás, 58p. 2017.

SIQUEIRA, F.C.V.; FACCHINI, L.A.; SILVEIRA, D.S.; PICCINI, R.X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.** 14(1):39-44; 2009.

SOARES, L.B.C. Avaliação da qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica em um distrito do município de São Luís Maranhão. Dissertação (Mestrado) – **Programa de pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde.** Universidade CEUMA, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 107, n. 3, Supl. 3, São Paulo, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018.** São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SOUTO CO *et al.* Avaliação da assistência a diabéticos e ou hipertensos em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** v. 4, n. 16, 2009.

SOUZA, L.V.; SANTOS, M.A. Processo grupal e atuação do psicólogo na atenção primária à saúde. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 388-395, 2012.

TAVARES, V.S.; VIDAL, S.A.; GUSMÃO-FILHO, F.A.R; FIGUEROA, J.N; LIMA, S.R. Avaliação da atenção ao diabetes *mellitus* em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 23(3):527-536, jul-set 2014.

TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n. 1, 1997.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5ª Edição. Petrópolis,RJ. Ed. Vozes, 2011.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad Saúde Pública**. 18 (6): 1561-9, 2002.

UK - PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. **British Medical Journal** 317(7160): 703–713, 1998.

VASCONCELOS, R.A. Avaliação da qualidade da atenção básica no município de Bauru: desafios para um processo de mudança. Dissertação (Mestrado) – **Faculdade de Medicina de Botucatu**, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

VICTORA, C.G.; BARRETO, M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO, C.A.; SCHMIDT, M.I.; PAIN, J. *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Saúde no Brasil**. 6 (Suppl.1): S90-S103, 2011.

VITORIA, A.M.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S.P.; HAUSER, L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 8(29):285-93, 2013.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Cien Saude Colet** 2005.

VENANCIO, S. I. *et al.* **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.

VITOR, A.F. *et al.* Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 251-260, June 2011.

VOSGERAU, M.Z.S.; CABRERA, M.A.S.; SOUZA, R.K.T. Saúde da Família e Utilização de Medicamentos Anti-Hipertensivos e Antidiabéticos. **Rev Bras Cardiol**. 24(2): 95-104, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

\_\_\_\_\_. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, (WHO Technical Report Series, 916). 2003.

\_\_\_\_\_. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva: World Health Organization, 2011.

**APÊNDICES**

**Apêndice A- Formulário contendo variáveis demográficas, clínicas e terapêutica medicamentosa\***

Prontuário nº \_\_\_\_\_

( ) HAS ( ) DIABETES

**1 Variáveis Demográficas**

**1.1 Idade:**

\_\_\_\_\_

**1.2 Sexo**

( ) M

( ) F

**1.3 Escolaridade**

( ) anos de estudo

( ) 1 a 4 anos

( ) 1 a 9 anos

( ) Ensino médio

( ) Ensino superior

**1.4 Renda**

\_\_\_\_\_

**2 Variáveis Clínicas**

**2.1 Tempo de Tratamento**

\_\_\_\_\_

**2.3 Comorbidades**

( ) Nenhuma

( ) HAS

( ) Obesidade

( ) Cardiopatia

( ) Dislipidemia

( ) Síndrome Metabólica

( ) Outras \_\_\_\_\_

**3 Variáveis terapêuticas**

**3.1 Tratamento medicamentoso**

( ) Anti-hipertensivo

( ) Aspirina

( ) Estatina

( ) Antidiabético oral- ADO

( ) Insulina

( ) Outros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Apêndice B – Formulário para a observação direta para obtenção das variáveis relativas à distribuição das áreas físicas, condições de conforto e edificação dos ambientes (Alencar, 2013).**

## **1 1 ÁREAS DESTINADAS À PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

1.1 Sala de recepção: disponibilidade de mobiliários:

Cadeiras para o funcionário	( ) SIM	( ) NÃO
Cadeiras para usuário	( ) SIM	( ) NÃO
Mesa de escritório	( ) SIM	( ) NÃO
Outros equipamentos.	( ) SIM	( ) NÃO

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

1.2 Sala de espera e ou sala de educação em saúde: disponibilidade de materiais educativos:

Álbuns seriados	( ) SIM	( ) NÃO
Televisão	( ) SIM	( ) NÃO
DVD	( ) SIM	( ) NÃO
Outros materiais educativos	( ) SIM	( ) NÃO

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

1.3 Salas de preparo, triagem e consulta:

Sala de atendimento de enfermagem	( ) SIM	( ) NÃO
Consultórios médicos,	( ) SIM	( ) NÃO
Consultório de enfermagem	( ) SIM	( ) NÃO
Consultório de outros profissionais:	( ) SIM	( ) NÃO

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

## **2 ÁREAS OU AMBIENTES DE APOIO**

2.1 Sala administrativa:	( ) SIM	( ) NÃO
2.2 Sala de utilidades ou almoxarifado	( ) SIM	( ) NÃO
2.3 Sanitário masculino e feminino para os usuários	( ) SIM	( ) NÃO
2.4 Sanitário masculino e feminino para profissionais de saúde e demais funcionários:	( ) SIM	( ) NÃO

2.5 Sala de computação: disponibilidade de equipamentos para as atividades administrativas, computadores e impressoras:	( ) SIM	( ) NÃO
2.6 Copa/cozinha	( ) SIM	( ) NÃO

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 3.ÁREA DE CIRCULAÇÃO

3.1 Corredores:		
Largura mínima de 2,0m	( ) SIM	( ) NÃO
Permite o acesso de usuários portadores de deficiências	( ) SIM	( ) NÃO
Presença de corrimão	( ) SIM	( ) NÃO

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 4 CONDIÇÕES DE CONFORTO

4.1 Luminosidade adequada: ( ) SIM ( ) NÃO

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.2 Ventilação do ambiente agradável: ( ) SIM ( ) NÃO

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.3 Acústica (som) agradável: ( ) SIM ( ) NÃO

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 5 CONDIÇÕES DE EDIFICAÇÃO

5.1 Pintura em bom estado de conservação: ( ) SIM ( ) NÃO

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Apêndice C – Formulário (check-list) para obtenção das variáveis recursos humanos, materiais, medicamentos e insumos**

<b>1 RECURSOS HUMANOS</b>	
1.1 Médico generalista	( ) Sim ( ) Não
1.2 Enfermeiro	( ) Sim ( ) Não
1.3 Técnico de enfermagem	( ) Sim ( ) Não
1.4 Auxiliar de enfermagem	( ) Sim ( ) Não
1.5 Agente administrativo	( ) Sim ( ) Não
1.6 Auxiliar de serviços gerais	( ) Sim ( ) Não
1.7 Vigia	( ) Sim ( ) Não
<b>2 RECURSOS MATERIAIS</b>	
2.1 Esfigmomanômetro de uso para adulto	( ) Sim ( ) Não
2.2 Esfigmomanômetro de uso para adulto obeso	( ) Sim ( ) Não
2.3 Balança	( ) Sim ( ) Não
2.4 Fita métrica	( ) Sim ( ) Não
2.5 Glicosímetro	( ) Sim ( ) Não
<b>3 MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS</b>	
3.1 Hidroclorotiazida 12,5 mg	( ) Sim ( ) Não
3.2 Hidroclorotiazida 25 mg	( ) Sim ( ) Não
3.3 Furosemida 40 mg	( ) Sim ( ) Não
3.4 Espironolactona 25 mg	( ) Sim ( ) Não
3.5 Espironolactona 100 mg	( ) Sim ( ) Não
3.6 Atenolol 50 mg	( ) Sim ( ) Não
3.7 Atenolol 100 mg	( ) Sim ( ) Não
3.8 Succinato de Metoprolol 50 mg	( ) Sim ( ) Não
3.9 Succinato de Metoprolol 100 mg	( ) Sim ( ) Não
3.10 Tartarato de Metoprolol 100 mg	( ) Sim ( ) Não
3.11 Carvedilol 12,5 mg	( ) Sim ( ) Não
3.12 Carvedilol 25 mg	( ) Sim ( ) Não
3.13 Propranolol 10 mg	( ) Sim ( ) Não
3.14 Propranolol 40 mg	( ) Sim ( ) Não
3.15 Metildopa 250 mg	( ) Sim ( ) Não
3.16 Bensilato de Anlodipino 5 mg	( ) Sim ( ) Não
3.17 Bensilato de Anlodipino 10 mg	( ) Sim ( ) Não
3.18 Nifedipino 10 mg	( ) Sim ( ) Não
3.19 Cloridrato de Hidralazina 25 mg	( ) Sim ( ) Não
3.20 Cloridrato de Hidralazina 50 mg	( ) Sim ( ) Não
3.21 Captopril 25 mg	( ) Sim ( ) Não
3.22 Maleato de Enalapril 5 mg	( ) Sim ( ) Não
3.23 Maleato de Enalapril 10 mg	( ) Sim ( ) Não

3.24	Maleato de Enalapril 20 mg	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.25	Losartana Potássica 50 mg	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>4 MEDICAMENTOS HIPOGLICEMIANTES ORAIS</b>			
4.1	Cloridrato de Metformina 500 mg	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4.2	Cloridrato de Metformina 850 mg	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4.3	Glibenclamida 5 mg	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4.4	Glicazida 30 mg	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4.5	Glicazida 60 mg	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4.6	Insulina humana NPH	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4.7	Insulina humana regular	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>5 INSUMOS</b>			
5.1	Luvras de procedimento	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5.2	Algodão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5.3	Álcoola 70%	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5.4	Fitas reagentes para glicemia capilar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5.5	Seringas de 1ml com agulha 12/3,7 mm	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5.6	Lancetas para punção digital	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5.7	Monofilamentos de Semmes Weinstein de 10 g	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5.8	Caixas de palitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5.9	Recipientes para armazenamento de materiais perfurocortantes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5.10	Sabão líquido	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5.11	Papel toalha	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

**Apêndice D – Formulário para observação direta do atendimento realizado pelo enfermeiro**

1	Chama o usuário pelo nome	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2	Trata o usuário com respeito	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3	Realiza consulta de enfermagem com base na metodologia da assistência de enfermagem	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4	Orienta quanto à importância das mudanças no estilo de vida, relacionadas à alimentação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5	Orienta quanto à importância das mudanças no estilo de vida, relacionadas à atividade física	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6	Orienta quanto ao uso de medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7	Realiza exame no pés (paciente com DM)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8	Solicita exames laboratoriais		
9	Orienta quanto aos exames complementares	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10	Encaminha para o médico, quando necessário	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11	Encaminha para o nutricionista, quando necessário	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
12	Realiza e/ou participa, juntamente com outros profissionais, de atividades educacionais grupais	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13	Usa linguagem adequada a cada usuário	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14	Envolve o usuário no atendimento, estimulando sua participação no planejamento dos cuidados prescritos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
15	Pergunta ao usuário se tem dúvida quanto às orientações dadas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Observações complementares:

---



---



---



---



---

**Apêndice E – Formulário para observação direta do atendimento realizado pelo médico**

Chama o usuário pelo nome	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Trata o usuário com respeito	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Orienta quanto à importância das mudanças no estilo de vida, relacionadas à alimentação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Orienta quanto à importância das mudanças no estilo de vida, relacionadas à atividade física	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Prescreve tratamento medicamentoso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Orienta quanto ao uso de medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Realiza exame no pés (paciente com DM)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Solicita exames laboratoriais		
Orienta quanto aos exames complementares	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Encaminha para o enfermeiro, quando necessário	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Encaminha para o nutricionista, quando necessário	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Realiza e/ou participa, juntamente com outros profissionais, de atividades educacionais grupais	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Usa linguagem adequada a cada usuário	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Envolve o usuário no atendimento, estimulando sua participação no planejamento dos cuidados prescritos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pergunta ao usuário se tem dúvida quanto às orientações dadas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Observações complementares:

---

---

---

---

---

---

**Apêndice F – Formulário para observação direta do atendimento realizado pelo técnico ou auxiliar de enfermagem**

1. Chama o usuário pelo nome	( ) Sim ( ) Não
2. Trata o usuário com respeito	( ) Sim ( ) Não
3. Verifica a pressão arterial	( ) Sim ( ) Não
4. Verifica a altura	( ) Sim ( ) Não
5. Verifica a circunferência abdominal	( ) Sim ( ) Não
6. Verifica a glicemia capilar	( ) Sim ( ) Não
7. Entrega aos usuários medicamentos mediante prescrição médica	( ) Sim ( ) Não
8. Orienta quanto ao uso dos medicamentos prescritos	
9. Realiza e/ou participa, juntamente com outros profissionais, de atividades educacionais grupais	( ) Sim ( ) Não
10. Usa linguagem adequada a cada usuário	( ) Sim ( ) Não
11. Envolve o usuário no atendimento	( ) Sim ( ) Não
12. Pergunta ao usuário se tem dúvida quanto às orientações dadas	( ) Sim ( ) Não

Observações complementares:

---

---

---

---

---

---

**Apêndice G – Termo de Compromisso para Utilização de Dados**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE  
TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Título do projeto: Avaliação da Assistência às Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na Estratégia Saúde da Família em Araioses-MA.  
Pesquisador responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva  
Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 999728446  
Email: robertavilarouca@yahoo.com.br  
Pesquisadora Participante: Andressa Lima Ramos  
Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86)998253453  
Email:andressalimaramos@gmail.com  
Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde de Araioses-MA  
Instituição/Departamento: UFPI/CCS/Mestrado em Saúde e Comunidade  
**Número do Parecer do CEP: 2.344.652**

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados em prontuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Araioses, Maranhão. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos arquivos pessoais da pesquisadora participante por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Andressa Lima Ramos. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, 24 de setembro de 2017.

.....  
Andressa Lima Ramos

**Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(PROFISSIONAL DE SAÚDE)**

Título do projeto: Avaliação da Assistência às Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na Estratégia Saúde da Família em Araisos-MA.

Pesquisador responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva  
Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 999728446  
Email: robertavilarouca@yahoo.com.br

Pesquisadora Participante: Andressa Lima Ramos  
Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86)998253453  
Email:andressalimaramos@gmail.com

Instituição/Departamento: UFPI/CCS/Mestrado em Saúde e Comunidade  
**Número do Parecer do CFP: 2 344 652**

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

A pesquisa tem por objetivo principal avaliar a assistência à pessoa com hipertensão e/ou diabetes *mellitus* (tipo 2) na estratégia saúde da família, e se justifica por possibilitar a melhoria dos efeitos dos serviços na saúde da população. A pesquisa expõe o participante a risco mínimo de constrangimento devido a observação direta da consulta, mas não haverá interrupção ou interferência por parte do pesquisador. Quanto aos benefícios, serão indiretos, pois os resultados poderão subsidiar estratégias de melhoria no atendimento a estes pacientes, bem como fomentar a criação de programas institucionais que acarretem em condições de melhor controle da Hipertensão Arterial e/ou Diabetes.

Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Gostaria de informá-lo que:

- O Sr(a) não sofrerá desconforto físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.

- Será submetido(a) a observação direta durante o atendimento à pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes.

- A sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício.

- O Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.

- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.

- O Sr.(a) tem o direito de ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.

- O Sr.(a) não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá compensação financeira decorrente de sua participação.

- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, a fim de atender os objetivos da pesquisa.

### **Consentimento da participação da pessoa como sujeito**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Avaliação da Assistência à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na Estratégia Saúde da Família em Araiões-MA”. Eu discuti com os pesquisadores responsáveis sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento nesta instituição de saúde.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Nome do sujeito:

\_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito:

\_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

**Observações complementares:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros localizado no seguinte endereço: Rua Cícero Duarte, 905. Bairro Junco, Picos – PI. CEP: 64.607-670. Telefone: 089-3422-3007 - email: cep-ufpi@ufpi.edu.br / web: [http://www.ufpi.br/orientacoes\\_picos](http://www.ufpi.br/orientacoes_picos)

## Apêndice I – Artigo

### **Avaliação da qualidade da assistência às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na Atenção Primária à Saúde**

#### **Resumo**

O objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade da assistência à pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária à saúde. Trata-se de estudo avaliativo, tipo normativo, de abordagem quantitativa, com base nas dimensões de 'estrutura' e 'processo' dos serviços de saúde, realizado na no período de novembro de 2017 a março de 2018, na Atenção Primária à Saúde do Município de Araiões, Maranhão. O estudo foi realizado a partir de 190 prontuários de usuários com HAS e/ou DM e com 51 profissionais da equipe de saúde. Foi identificada diferença estatisticamente significativa entre as distribuições dos níveis de qualidade da assistência nos subcomponentes de avaliação da estrutura, sendo os níveis para recursos materiais e humanos são mais de 40% superior à média dos demais. Enquanto que as condições de edificações e a disponibilidade de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes obtiveram as menores avaliações. Quanto ao componente processo, a média do nível de qualidade do atendimento realizado por enfermeiros foi maior do que as demais categoriais. Evidenciou-se que o nível de qualidade da assistência total foi considerado como moderado em 88,2% das UBS, Assim, esse estudo pode contribuir para a mudança da realidade encontrada, impactando diretamente na dimensão 'resultado', a partir da avaliação periódica das condições de saúde dos usuários atendidos, bem como da satisfação dos usuários relacionada à assistência. Para isso, faz-se necessário o compartilhamento desses resultados com os profissionais e gestores municipais, a fim de dar visibilidade e promover reflexão sobre a situação encontrada.

**Palavras-chave:** Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Diabetes mellitus. Hipertensão. Atenção Primária à Saúde.

#### **Abstract**

The aim of this study was to evaluate the quality of care for people with hypertension and / or type 2 diabetes mellitus in primary health care. This is a normative, quantitative approach, based on the dimensions of 'structure' and 'process' of the health services, carried out in the period from November 2017 to March 2018, in Primary Health Care of the Municipality of Araiões, Maranhão. The study was performed from 190 medical records of users with SAH and / or DM and 51 professionals from the health team. A statistically significant difference was found between the distributions of the levels of quality of care in the subcomponents of evaluation of the structure, the levels for material and human resources being more than 40% higher than the average of the others. While the building conditions and the availability of antihypertensive and hypoglycemic drugs obtained the lowest evaluations. As for the process component, the average level of quality of care performed by nurses was higher than the other categories. It was evidenced that the level of quality of the total assistance was considered as moderate in 88.2% of the BHU. Thus, this study can contribute to the change of the reality found, directly impacting on the 'result'

dimension, from the periodic evaluation of the health conditions of the users served, as well as user satisfaction related to care. For this, it is necessary to share these results with professionals and municipal managers, in order to give visibility and promote reflection on the situation found.

**Keywords:** Health Services Research. Diabetes mellitus. Hypertension. Primary Health Care.

## **Introdução**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM), importantes Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), atingem, respectivamente, 23,3% e 6,3% dos adultos brasileiros compondo a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde, são os principais fatores de risco populacionais para as doenças cardiovasculares, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede pública básica<sup>1</sup>. Nesse sentido, necessitam de abordagem efetiva desenvolvida por diversas categorias profissionais das equipes de Saúde da Família, além de exigir o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade<sup>2</sup>.

Dentre essas ações implementadas pelo Ministério da Saúde (MS), o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus possui destaque na medida em que estabelece a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde; a vinculação dos usuários à rede; e a implementação de programa de educação permanente em Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Segundo o Plano, o tratamento da HAS e do DM inclui estratégias de educação em saúde, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos<sup>1</sup>.

Para o alcance da melhoria dos efeitos dos serviços na saúde da população, é preciso atentar para a qualidade da assistência prestada por eles<sup>3</sup>. Com esta finalidade enfatiza-se a importância da avaliação como uma forma de verificar as condições em que as ações de saúde são desenvolvidas para criar subsídios para melhoria dos serviços.

Nessa perspectiva, destaca-se o desafio de buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando a pluralidade de suas dimensões e os diversos atores envolvidos. Para fins desta proposta, qualidade em saúde foi definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas em Saúde<sup>4</sup>.

Essa avaliação é pautada na análise de atributos relacionados com as características das ações em saúde. Nesse sentido, a avaliação dos serviços de saúde pode ser organizada conforme a cobertura, acessibilidade e equidade; os efeitos das ações e práticas de saúde ofertadas - eficácia, efetividade e impacto; os custos dessas ações e práticas - eficiência; a adequação das ações e práticas ao conhecimento técnico e científico vigente e a percepção dos usuários sobre as práticas de saúde - satisfação dos usuários sobre as práticas de saúde do serviço<sup>5</sup>.

Segundo o MS<sup>6</sup>, avaliação dos serviços de saúde pelos municípios é necessária para a análise dos resultados, os quais podem proporcionar subsídios para redirecionar o planejamento das ações em saúde. Nesse contexto, a avaliação como componente da gestão em saúde tem um reconhecimento traduzido em existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS, tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito desse sistema.

Desse modo, o objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade da assistência à pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária à saúde.

## **Métodos**

Trata-se de estudo avaliativo, tipo normativo, de abordagem quantitativa, com base nas dimensões de 'estrutura' e 'processo' dos serviços de saúde, realizado no período de novembro de 2017 a março de 2018, nas 17 UBS do Município de pequeno porte tipo 2, Araiões, a qual está localizada na região nordeste do Estado do Maranhão, e é uma das portas de entrada para o Delta do Rio Parnaíba.

O estudo foi realizado a partir de prontuários de usuários com HAS e/ou DM e com profissionais da equipe de saúde, abrangendo enfermeiros, médicos, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Para a escolha dos prontuários, a amostragem foi estratificada proporcional, onde se verificou a quantidade de usuários com HAS e/ou DM cadastrados por unidade, conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Araiões. A população compreendeu 2.151 pessoas com HAS, 556 pessoas com DM2 e 347 pessoas com HAS e DM tipo 2, totalizando 3.054 indivíduos, assim a amostra mínima foi composta por 190 prontuários. Para os profissionais, a amostra foi censitária e incluiu todos os lotados nas unidades da sede e do interior do município, totalizando 51 profissionais.

A coleta de dados ocorreu a partir da utilização de instrumentos validados adaptados à realidade do local do estudo e empregados através de observação direta das estruturas, recursos e ações desenvolvidas nas unidades voltadas à pessoa com HAS e DM tipo 2<sup>7</sup>.

Ressalta-se que o estudo foi submetido à avaliação da Coordenação da Atenção Básica de Araiões e encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sendo aprovado sob parecer n.º 2.344.652/2017.

## Resultados

Dos 190 usuários investigados através dos prontuários 44,7% tinham o diagnóstico de HAS, 16,3% de DM e 38,9% de HAS e DM. A idade mínima na amostra foi de 34 anos, enquanto que a idade máxima foi de 97 anos, com média de  $64 \pm 11,6$  anos. A maioria dos usuários era do sexo feminino (61,1%).

Quanto à escolaridade, os usuários apresentaram, em média,  $5,6 \pm 4,1$  anos de estudo, com renda mensal menor que 2 salários mínimos e  $5,5 \pm 3,3$  anos de tratamento e acompanhamento pela ESF, com intervalo mínimo e máximo de 1 a 16 anos.

Além disso, 73,7% dos usuários apresentaram pelo menos uma comorbidade associada à HAS e/ou DM, observando-se principalmente a ocorrência de obesidade (25,8%), dislipidemia (23,2%), e outras como osteoporose, artrite e artrose. Em relação ao tipo de tratamento medicamentoso registrado nos prontuários, 83,7% o faziam com anti-hipertensivo, 54,2% com Antidiabético Oral (ADO) e 4,7% com uso exclusivo de insulina (TABELA 1).

TABELA 1 - Caracterização demográfica, clínica e terapêutica medicamentosa dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus (n=190). Araiões, MA, Brasil, 2018

Característica	M	DP	n	%
<b>Grupo de pacientes</b>				
Apenas HAS			85	44,7
Apenas DM 2			31	16,3
HAS e DM 2			74	38,9
<b>Idade</b>	64,0	11,6		
<b>Sexo</b>				
Masculino			74	38,9
Feminino			116	61,1
Escolaridade (anos de estudo)	5,6	4,1		
Renda mensal (nº de salários mínimos)	1,9	1,1		
Tempo de tratamento/acompanhamento pela ESF	5,5	3,3		

<b>Comorbidades*</b>	140	73,7
Obesidade	49	25,8
Cardiopatía	31	16,3
Dislipidemia	44	23,2
Síndrome Metabólica	22	11,6
Outras	50	26,3
<b>Tratamento medicamentoso*</b>		
Anti-hipertensivo	159	83,7
Aspirina	28	14,7
Estatina	37	19,5
Antidiabético oral	103	54,2
Insulina	9	4,7
Outros	55	28,9
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>100,0</b>

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM 2: Diabetes mellitus tipo 2.

\* percentuais apresentados para a categoria “sim”

O Gráfico 1 apresenta as médias do nível de qualidade da assistência quanto ao componente ‘estrutura’. Foi identificada diferença estatisticamente significativa entre as distribuições dos níveis de qualidade da assistência nos subcomponentes de avaliação da estrutura, sendo os níveis para recursos materiais ( $76,5 \pm 7,9$ ) e humanos ( $73,9 \pm 22,2$ ), muito superiores aos demais. Considerando os valores das médias dos níveis de qualidade da assistência, as menores foram identificadas nas condições de edificação ( $11,8\% \pm 33,2$ ) e medicamentos anti-hipertensivos ( $34,1\% \pm 7,5$ ).

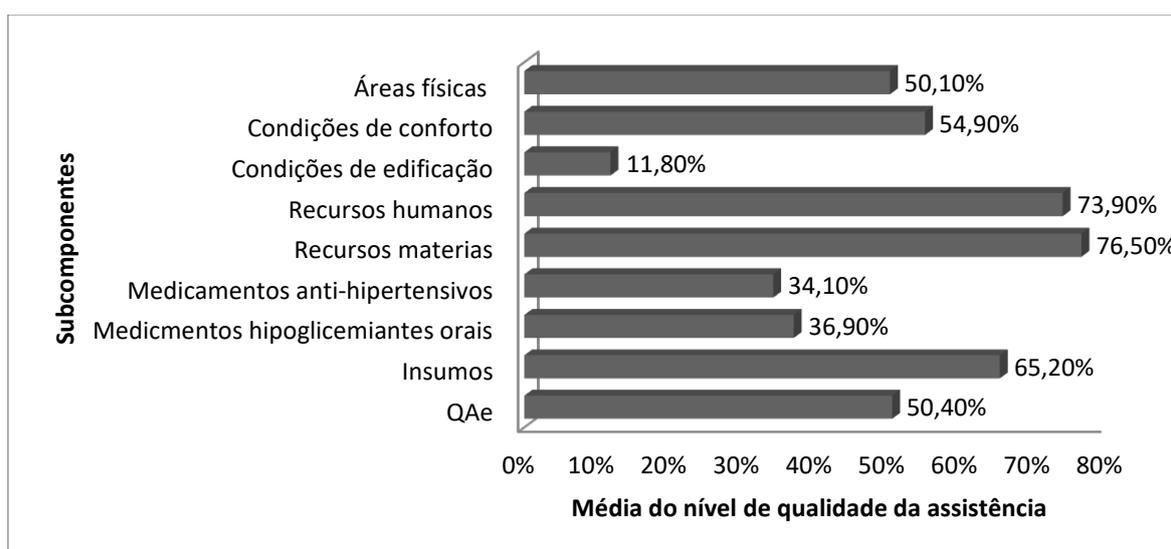


GRÁFICO 1 - Médias do nível de qualidade da assistência quanto ao componente ‘estrutura’. Araisos, MA, Brasil, 2018

O Gráfico 2 apresenta as médias do nível de qualidade da assistência quanto ao componente processo, conforme grupo de profissionais da saúde. Ressalta-se que não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre as distribuições dos níveis de qualidade da assistência conforme desempenho das atividades avaliadas por enfermeiros (83,9% ± 13,1), médicos (82,4% ± 10,8) e técnicos ou auxiliares de enfermagem (79,9% ± 9,3) ( $p=0,376$ ; Teste de Kruskal-Wallis). Entretanto, descritivamente, a média do nível de qualidade do atendimento realizado por enfermeiros foi maior, superando em 1,5 unidades de percentual a categoria médica e em 4,0 unidades o nível médio atribuído aos técnicos ou auxiliares de enfermagem. Também não foram identificadas diferenças entre os níveis de qualidade da assistência entre as categorias profissionais, duas a duas, conforme atividades comuns ( $p>0,05$ ; Teste de Mann-Whitney).

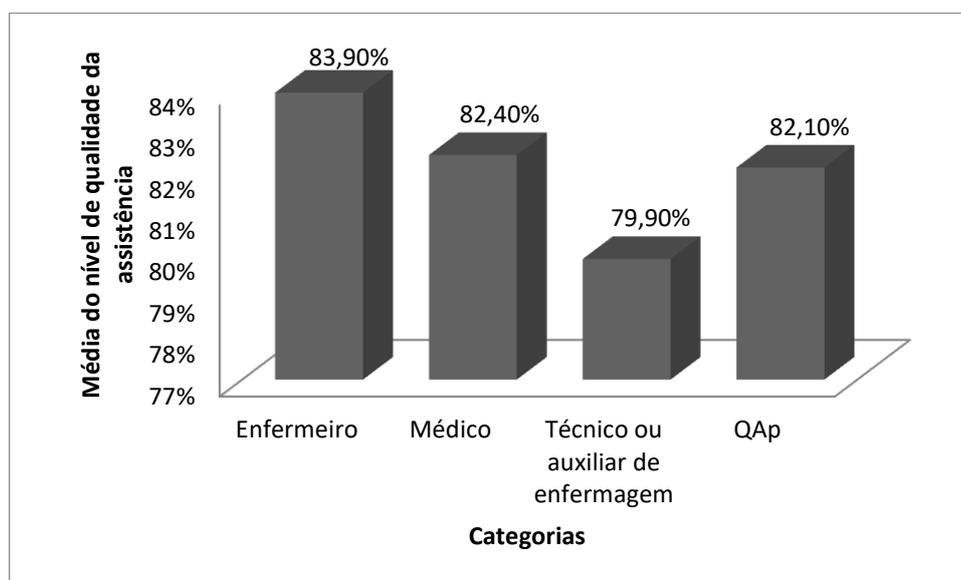


GRÁFICO 2 - Médias do nível de qualidade da assistência quanto ao componente processo conforme categoria de profissionais da saúde (n=51). Araioses, MA, Brasil, 2018.

Na tabela 7, é possível visualizar estes dados de acordo com classificação categórica em tercís da amostra (baixo, moderado e alta), onde o nível de qualidade da assistência total foi considerado como moderado em 88,2% das UBS, sendo o QAp baixo em 58,8% e o QAp alto em 88,2% das unidades de saúde.

TABELA 2 - Classificação do nível de qualidade da assistência total e nos componentes estrutura e processo nas unidades básicas de saúde (n=17). Araioses, MA, Brasil, 2018

Avaliação/nível	Baixo		Moderado		Alto	
	N	%	n	%	n	%
<b>QAe</b>	10	58,8	7	41,2	-	-
<b>QAp</b>	-	-	2	11,8	15	88,2
<b>QAt</b>	-	-	<b>15</b>	<b>88,2</b>	<b>2</b>	<b>11,8</b>

Legenda: QAe - nível de qualidade da assistência do domínio 'estrutura'; QAp - nível de qualidade da assistência do domínio 'processo'; QAt - nível de qualidade da assistência total.

## Discussão

A pesquisa aponta relação entre o diagnóstico de HAS e DM tipo 2, já que 38,9% dos usuários com HAS, apresentam também o diagnóstico de DM. Nesse sentido, ressalta-se que o diagnóstico precoce e a verificação da ocorrência de comorbidades são de extrema relevância para diminuir a morbimortalidade e favorecer um melhor prognóstico.

Outros estudos já verificaram essa relação, mostrando que a HAS geralmente apresenta-se como comorbidade da DM e que elas apresentam fatores de risco em comum, como o sedentarismo, a obesidade, hábitos alimentares inadequados, entre outros. Além disso, a ocorrência de HAS e DM multiplica os fatores de risco para doença micro e macrovascular, resultando em aumento do risco para mortalidade cardiovascular, doença coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, doença cerebrovascular e doença vascular periférica<sup>8, 9, 10</sup>.

A idade média identificada ( $64 \pm 11,6$  anos) é semelhante a idade encontrada em estudos com pessoas com HAS e DM, constatando uma associação direta e linear entre o envelhecimento e a prevalência dessas doenças, podendo estar relacionada ao aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, ao aumento da população idosa<sup>11</sup>. Além disso, o MS ressalta que a idade superior a 65 anos é um dos fatores de risco para DCV (Doenças Cardiovasculares)<sup>12</sup>.

O último levantamento realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2016) apontou que tanto a HAS como o DM, aumentam de acordo com a idade da população, onde 65,2 % e 27,2% dos brasileiros com mais de 65 anos, se autodeclararam com HAS e DM, respectivamente<sup>13</sup>.

Nesta pesquisa verificou-se a prevalência do sexo feminino entre os usuários com HAS e ou DM. Algumas pesquisas realizadas no país também encontraram esse resultado<sup>14,15,16,17,18,19</sup>. Entretanto, não se trata de um consenso na literatura, visto que pesquisas desenvolvidas em Luzerna (SC) e Firminópolis (GO), apontaram maiores prevalências de HAS e DM entre homens<sup>20, 21</sup>.

No Brasil, as prevalências médias de HAS e DM autorreferidas na população acima de 18 anos, segundo a Vigitel – 2016, são, respectivamente, 3,9% e 2,1% maiores em mulheres do que em homens<sup>13</sup>. A mulher é, na família, a personagem principal no que se refere às questões relacionadas à saúde e doença, pois é ela quem avalia as condições de saúde, tanto a sua própria como a dos demais membros da família e geralmente, procuram os serviços de saúde mais precocemente<sup>22, 23</sup>.

Atualmente, um indicador muito importante é o do analfabetismo funcional, dado a importância crescente da escolaridade nas sociedades modernas. Considera-se que uma pessoa é funcionalmente analfabeta se tem menos de quatro anos de estudo<sup>24</sup>. Neste estudo, quase a metade dos usuários possuíam menos de cinco anos de estudo (48,9%), apesar da média ser de 5,6 anos. A baixa escolaridade é um indicador capaz de influenciar no autocuidado da saúde e adesão ao tratamento<sup>25</sup>.

Estudo de série temporal realizado por Tortorella *et al.*<sup>26</sup> apresenta resultados semelhantes, apontando ainda que as iniquidades em saúde relacionadas com a escolaridade são mais evidentes nas mulheres, mostrando que as prevalências de HAS e DM nesse público foram 3 a 4 vezes superiores nas menos escolarizadas, na comparação com as de maior escolaridade.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)<sup>27</sup> evidencia que a renda per capita < 3 salários mínimos, associada à escolaridade inferior a 8 anos, idade avançada, sexo masculino e sobrepeso tiveram associação significativa com a HAS.

A maioria das unidades de saúde do estudo (70,5%) está localizada na zona rural. No Brasil, estudos mostram que idosos que vivem na região rural apresentam menor renda, baixa escolaridade, mais problemas de saúde, além de acesso a serviços de saúde precários quando comparados àqueles que vivem em áreas urbanas<sup>28, 29</sup>. Ademais, centros urbanos apresentam maior industrialização e desenvolvimento econômico, o que impacta diretamente em características sociais, econômicas e de saúde<sup>30, 31</sup>. Em relação ao tempo de tratamento e acompanhamento na UBS correspondente à coleta de dados, verificou-se que em todos os prontuários observados havia a prescrição do tratamento correspondente

ao diagnóstico de HAS, DM ou ambas. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade do monitoramento contínuo desses usuários, a fim de verificar a eficácia e realização do tratamento medicamentoso prescrito, o qual deve estar associado a hábitos saudáveis e mudanças no estilo de vida, relacionados ao tratamento não medicamentoso.

Vitor *et al.*<sup>32</sup> compreendem a adesão ao regime terapêutico como o comportamento do paciente coincidente com as orientações prescritas pelos profissionais de saúde. Isso só é possível se o vínculo e a confiança já estiverem estabelecidos ao longo do tempo, além da sensibilização do usuário da necessidade de seguir tais tratamentos.

Além disso, dentre as comorbidades identificadas associadas à HAS e DM, estão a obesidade e a dislipidemia, as quais constituem fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV). Segundo a SBC<sup>26</sup>, a redução de peso é a medida não farmacológica mais efetiva para controlar a HAS e mesmo pequenas reduções têm diminuído significativamente a pressão, bem como riscos cardiovasculares graças à melhoria do perfil lipídico e da tolerância à glicose, melhorando também a resposta à terapia de drogas anti-hipertensivas.

No que concerne ao nível de qualidade da assistência quanto ao componente ‘estrutura’. Observou-se que os níveis de qualidade da assistência nos subcomponentes de recursos materiais e humanos, muito superiores aos demais, enquanto que os menores níveis foram identificados nos subcomponentes ‘condições de edificação’ e ‘medicamentos anti-hipertensivos’.

A inadequação dos aspectos essenciais da estrutura, seja no que se refere a recursos humanos, físicos ou materiais, pode comprometer o desempenho do processo de assistência e, conseqüentemente, o alcance dos resultados<sup>33</sup>. Nesse sentido, enfatiza-se que cabe ao gestor municipal garantir a estrutura necessária, bem como trabalhar pela melhoria do processo de trabalho dos profissionais de saúde da rede através de qualificação profissional, planejamento e monitoramento de ações assistenciais desenvolvidas no nível local<sup>15</sup>.

Entretanto, é necessário considerar a validade e influência da disponibilidade de recursos e insumos na qualidade da assistência prestada, pois, estruturas adequadas e bons recursos podem ser utilizados; enquanto práticas assistenciais de qualidade e eficazes podem ocorrer, mesmo em condições inapropriadas<sup>34</sup>.

No que concerne ao componente ‘processo’, ressalta-se que a média do nível de qualidade da assistência geral foi considerada alta, com destaque ao atendimento

realizado por enfermeiros. Nesse âmbito, um estudo realizado por Santos; Silva e Marcon<sup>35</sup>, mostra que a qualidade dos serviços prestados por enfermeiros a usuários com Diabetes, está vinculada à capacidade de gestão, comprometimento profissional, disponibilidade de recursos, planejamento, organização, implementação e avaliação do serviço. Deste modo, para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade é primordial garantir a integralidade e a longitudinalidade, as quais são potencialidades da ESF, bem como facilitar o acesso aos serviços e às tecnologias de saúde, impactando diretamente na qualidade de vida das pessoas.

O nível de qualidade da assistência total foi considerado de moderado a alto em todas as UBSs estudadas. Corroborando com estudos de abordagem qualitativa que avaliam a satisfação do usuário, constataram que o índice de satisfação dos usuários mostrou-se positivo, considerando a infraestrutura, acessibilidade e relação com a equipe, que obteve a maior prevalência de satisfação<sup>15, 36, 37</sup>.

## **Conclusão**

Esse estudo permitiu a identificação dos entraves e potencialidades relacionadas à assistência aos usuários com HAS e/ou DM, confirmando a relação existente entre essas DCNTs, além das comorbidades associadas a elas. As características socioeconômicas, como a predominância do sexo feminino e a baixa escolaridade da população assistida pelos serviços avaliados, indicam a necessidade de focar no plano terapêutico, o estímulo ao autocuidado da saúde bem como a verificar continuamente a adesão e eficácia do tratamento prescrito.

Teve-se a oportunidade de conhecer as características dos serviços de saúde que podem representar entraves na assistência à pessoa com HAS e/ou DM, como a insuficiência de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, além do comprometimento das condições de edificação das UBS. Em contrapartida, todos os profissionais da equipe mínima apresentaram médias altas de nível de qualidade da assistência, com destaque dos enfermeiros, os quais estão à frente do processo de cuidado e acompanhamento desses usuários.

Assim, esse estudo pode contribuir para a mudança da realidade encontrada, impactando diretamente na dimensão ‘resultado’, a partir da avaliação periódica das condições de saúde dos usuários atendidos, bem como da satisfação dos usuários

relacionada à assistência. Para isso, faz-se necessário o compartilhamento desses resultados com os profissionais e gestores municipais, a fim de dar visibilidade e promover reflexão sobre a situação encontrada, e sensibiliza-los sobre a importância da busca constante de estratégias de aprimoramento da assistência, desde a adequação das estruturas até a qualificação dos profissionais da AB.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2011a.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.
3. MEDEIROS, F. A., *et al.* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud Publica** v.12, n. 3,p. 402 a 413, 2010.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 134 p.: il.
5. DONABEDIAN, A. The assessment of technology and quality. **Int J.Technol Assess Health Care**. v. 4, p. 487-496, 1988.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Avaliação de Desempenho do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
7. ALENCAR, A. M. P. G. Avaliação da atenção em diabetes mellitus no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha- Ceará. Tese (doutorado)- **Universidade Federal do Ceará**, Fortaleza, 2013.
8. BEEVERS, D. G.; Mac GREGOR, G.A. A Hipertensão com outras Doenças. In: **Hipertensão na Prática**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Cap 14, p. 167-185.
9. HERATH, H. M. M.; WEERARATHA, T. P.; UMESHA, D. Cardiovascular risk assessment in type 2 diabetes mellitus: comparison of the World Health Organization/International Society of Hypertension risk prediction charts versus UK Prospective Diabetes Study risk engine. **Vascular Health and Risk Management**, 11, 583–589, 2015.
10. CECILIO, H. P. M. et al. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 113-119, Apr. 2015.
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (IBGE). **Sinopse do censo demográfico, 2010**.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

14. SOUTO C.O. *et al.* Avaliação da assistência a diabéticos e ou hipertensos em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** v. 4, n. 16, 2009.

15. HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 614-626, Sept. 2010.

16. SILVA C.M.; SILVA F.R.; CAMPOS L.G.; GONTIJO T.L. Assistência ao hipertenso na atenção primária a saúde em Divinópolis, Minas gerais: uma análise diagnóstica. **R. Enferm. Cent. O. Min.** VOL. 2, N. 1, 2012.

17. 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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 71-78, Jan. 2012.

18. RADIGONDA, B.; SOUZA, R. K. T.; CORDONI JUNIOR, L. SILVA, A. M. R. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, Brasil, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2016, vol.25, n.1, pp.115-126.

19. LIMA J.C.; SANTOS A.L.; MARCON S.S. Percepção de usuários com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online); 8(1): 3945-3956, jan.-mar. 2016.

20. NUNES FILHO J. R.; DEBASTIANI D.; NUNES A. D.; PERES K.G. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq Bras Cardiol.** 2007 nov;89(5):319-24.

21. OLIVEIRA L.P.M; ASSIS A.M.O; SILVA M.C.M SANTANA M.L.P.; SANTOS N.S.; PINHEIRO S.M.C. *et al.* Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica.** 2009 mar;25(3):570-82.

22. QUEIROZ M.S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cad Saúde Pública.** 1993;9: 279-82.

23. CAROLINO, I.D.R. *et al.* **Fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 238-244, Apr. 2008.

24. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA), Fundação João Pinheiro, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**, capturado 22 nov 2005.
25. GALLEGOS E.C.; ALLE-BERÚMEN F.; GOMEZ-MEZA M.V. Metabolic control of adults with type 2 diabetes mellitus through education and counseling. **J Nurs Scholarsh.** 2006;38(4):344-51.
26. TORTORELLA, C. C. S. *et al.* Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 3, p. 469-480, Sept. 2017.
27. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 107, n. 3, Supl. 3, São Paulo, 2016.
28. BASTA N.E.; MATTHEWS F.E.; CHATFIELD M.D.; BRAYNE C. Community-level socio-economic status and cognitive and functional impairment in the older population. **Eur J Public Health.** 2008;18(1):48-54. PMID:17631489.
29. MORCILLO C.V.; LORENZO-CÁCERES A.A.; DOMÍNGUEZ R.L.P; RODRÍGUEZ B.R.; TORIJANO C.M.J. Health inequalities in self-perceived health among older adults in Spain. **Gac Sanit.** 2013;28(6):511-21
30. LIMA-COSTA M.F.; BARRETO S.; GIATTI L.; UCHÔA E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Cad Saude Publica.** 2003;19(3):745-57.
31. SAVIANI D.; ALMEIDA J.S.; SOUZA R.F.; VALDEMARIN V.T. O legado educacional do século XIX. 3. ed. Campinas: **Editora Autores Associados**; 2014. 224 p.
32. VITOR, A. F. *et al.* Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 251-260, June 2011.32. SILVA, Adriana Serafim Bispo e *et al.* Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 3, p. 512-518, Set. 2011.
33. SILVA, A. S. B. *et al.* Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 3, p. 512-518, Set. 2011.
34. MOURA B.L.A.; CUNHA E.C.; FONSECA A.C.F.; AQUINO R.; MEDINA M.G.; VILASBÔAS A.L.Q. *et al.* Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev Bras Saúde Mater Infant.** 2010; 10(1):69-81.
35. SANTOS, A. L.; SILVA, E. M.; MARCON, S. S.. Assistência às pessoas com diabetes no hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis , v. 27, n. 1, e2630014, 2018.

36. 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, Fev. 2006.

37. MARINHO, N. B. P. et al. Avaliação da satisfação de usuários de um serviço especializado em diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 599-606, 2018.