

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**“ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO PORTADOR DE DIABETES
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”**

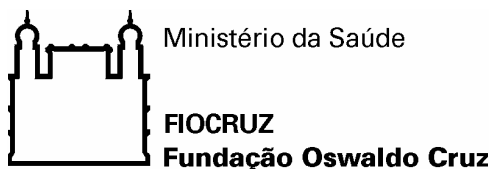
por

Valfredo Penchel e Tresse

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Lourenço Tavares de Andrade*

Rio de Janeiro, março de 2008.



Esta dissertação, intitulada

“Acolhimento e Vínculo na Assistência Prestada ao Portador de Diabetes em uma Unidade Básica de Saúde no Município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Valfredo Penchel e Tresse

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 19 de março de 2008.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram para a realização desse projeto, desde quando ele ainda era um sonho até se tornar uma meta tangível e em especial a:

Meus pais pelo encorajamento de iniciar essa caminhada, a Luciana pela paciência e incentivo, Denise pelo apoio fundamental nas aulas de estatística. Sergio pela grande ajuda nas aulas de inglês. Cristine, minha grande amiga desde a especialização, que sempre esteve ao meu lado durante toda essa jornada. Aos professores José Inácio, Marina Silva e Antonio Sergio, verdadeiras fontes de inspiração. Agradeço ao grupo do NUPES, Lincoln pelo auxílio na informática sempre com muita boa vontade e competência, Patty e Nathalia pelo apoio no trabalho de campo e também ao Cláudio sempre disposto a cooperar e ainda ao Gustavo pelo apoio na elaboração das tabelas.

A meu filho, agradeço pelo esforço de aprendizado de muitas vezes não poder estar ao meu lado.

Agradeço também a todos os meus colegas de turma pela construção de um espaço democrático de aprendizagem, com grande troca de experiências e também a minha orientadora Ligia Giovanella, pelo exemplo de profissionalismo e dedicação integral a Fiocruz. Agradeço também a professora Carla Andrade pela paciência e riqueza de seus ensinamentos.

RESUMO

Acolhimento e vínculo são conceitos complexos e multidimensionais. No presente estudo, o acolhimento foi operacionalizado nas dimensões de acesso, atenção ao doente, humanização e autonomia. O vínculo foi analisado nas dimensões de confiança, responsabilidade e longitudinalidade. Acolhimento e vínculo são ferramentas que auxiliam na reorganização do processo de trabalho em saúde, influenciando na qualidade do cuidado e proporcionando uma atenção mais efetiva e humanizada.

Esse trabalho teve como objetivo efetuar uma análise sobre o acolhimento e vínculo ao portador de diabetes em um Centro de Saúde Escola (CSE) no qual atuam oito equipes de saúde da família e que também atende através do modelo tradicional (unidade com modelo assistencial misto). Os objetivos específicos da pesquisa foram: avaliar o acolhimento e a criação de vínculo entre unidade de saúde/profissionais da ESF e usuários portadores de diabetes, examinar aspectos de acolhimento e vínculo relacionado à estrutura, englobando instalações, recursos materiais, humanos e características organizacionais e comparar o acolhimento e vínculo proporcionado entre as ESF completas e incompletas.

O diabetes mellitus foi escolhido como traçador para avaliar o acolhimento e vínculo no PSF em razão de sua elevada prevalência, com influência direta sobre a qualidade de vida dos portadores e sobre os custos para o Sistema Único de Saúde.

O delineamento da pesquisa foi transversal e os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: roteiro para observação participante do processo de atenção nas diversas etapas do atendimento (agendamento de consultas, recepção e triagem, pré-consulta, consulta e reunião de grupo de diabéticos) e aplicação de questionários em amostra de portadores de diabetes II selecionada do banco de dados do CSE a partir de uma amostra aleatória simples com partilha proporcional entre usuários assistidos por ESF completas e ESF não estruturadas. O inquérito contemplou 53 usuários que responderam ao questionário em suas residências.

Os dados foram analisados comparando-se respostas dos usuários das ESF completas (5) e de ESF incompletas (3). Os usuários fizeram uma avaliação positiva da assistência recebida no CSE. As dimensões do acolhimento foram bem avaliadas com destaque para a humanização que foi avaliada de forma muito positiva por quase todos os usuários sendo o acesso a dimensão que os usuários tiveram maior dificuldade em razão do CSE ainda ser utilizado também no modelo tradicional de queixa consulta. As dimensões do vínculo também apresentaram resultados positivos sendo melhores para as ESF estruturadas principalmente na dimensão de responsabilidade com melhor orientação para medidas preventivas. A confiança nos médicos do PSF e a intenção de continuar o tratamento no CSE foram fatores positivos constatados na pesquisa.

Ainda que os resultados do inquérito não possam ser generalizados, o estudo sugere que o modelo assistencial do PSF pode proporcionar o estabelecimento de acolhimento e vínculos aos usuários.

Palavras-chave: Acolhimento; Vínculo; Equipe de Saúde da Família; Diabetes

ABSTRACT

Receptiveness and trust relationship in health care are complex and multidimensional concepts. In the present study, receptiveness was operationalised in the dimensions: access, attention to the ill, humanization and autonomy. Trust relationship in health care was analyzed in the trust, responsibility and longitudinal dimensions. Receptiveness and trust relationship in health care are tools that help in the re-organization of the work process in health, influencing in the quality of care and providing a more effective and humanized attention.

This work had as objective makes a analysis about receptiveness and trust relationship in health care to the patient with diabetes in a School Health Center (CSE) in work eight family health teams and that also care through the traditional model (mixed assistance model). The specific objectives of the research were: to evaluate the receptiveness and trust relationship in health care creation among health unit/ ESF professionals and patient with diabetes, to examine receptiveness and trust relationship in health care aspects related to the structure, covering installations, material and human resources and organization characteristics and to compare the receptiveness and trust relationship in health care provided, between the complete and incomplete ESF.

Diabetes mellitus was chosen as tracer to evaluate receptiveness and trust relationship in health care in PSF, due to its high prevalence, with direct influence over the quality of life of the people with diabetes and the costs for the Unified Health System.

The research design was transversal and the instruments used for the data collection were: schedule for observation of health care in the various stages of treatment (appointments, reception and selection, pre-consultation, consultation and meeting with group of people with diabetes) and application of the questionnaires in samples of people with diabetes II selected from the CSE data bank from a simple random sample with proportional split among users assisted by complete and non structured ESF. The questioning reached 53 users, who answered the questioner in their homes.

Data was analyzed by comparing answers from users of the complete (5) and incomplete (3) ESF. Users made use of a positive evaluation of care received in the CSE. The receptiveness and trust relationship in health care were well evaluated, having as highlight the humanization which was evaluated in a very positive form by almost all users, being the access to the dimension that the users had more difficulty because the CSE be still used also in the traditional model of the “visit-complaint”. The dimensions of the trust relationship in health care also presented positive results, being better for the structured ESF especially in the dimension of responsibility with better orientation for the prevention measures. Confidence in the PSF physicians and the intention to continue treatment in CSE were positive factors identified in the research.

Although the outcomes of the inquiry cannot be widespread, the study suggests that the model assistencial of PSF can provide the receptiveness and trust relationship to the users.

Key words: Receptiveness and trust relationship in health care, Family Health Team, Diabetes

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	6
LISTA DE SIGLAS	7
1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Justificativa e caracterização do problema	9
1.1.1 O Programa de Diabetes Mellitus.....	12
1.1.2 A atenção primária no atendimento ao portador de diabetes melittus	17
1.2 Objetivos	23
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: CONCEPÇÕES DO ACOLHIMENTO E VÍNCULO	25
2.1 Acolhimento	25
2.2 Vínculo	30
3. METODOLOGIA	36
3.1 O espaço da pesquisa: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria	37
3.2 Definição e caracterização da amostra.....	38
3.3 Instrumentos	39
3.4 Observação participante	39
3.5 Inquérito com portadores de diabetes.....	40
3.6 Trabalho de campo para aplicação do questionário.....	41
3.7 Análise estatística	43
3.8 Aspectos éticos	44
4 . AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS: RESULTADOS DO INQUÉRITO COM PORTADORES DE DIABETES II.....	45
4.1 Perfil da amostra de usuários entrevistados.....	45
4.2 Características individuais dos usuários portadores de diabetes II.....	47
4.3 Atenção prestada aos usuários portadores de diabetes II.....	49
4.4 Acolhimento	52
4.4.1 Acesso de portadores de diabetes ao CSEGSF.....	52
4.4.2 Uso e acesso a medicamentos.....	55
4.4.3 Atenção à pessoa, aos portadores de diabetes II.....	57
4.4.4 Humanização do atendimento.....	60
4.4.5 Autonomia dos pacientes.....	62
4.5 Vínculo	63
4.5.1 Indicadores de vínculo, quanto à confiança.....	64
4.5.2 Indicadores de vínculo, quanto à responsabilidade.....	66
4.5.3 Indicadores de vínculo, quanto à longitudinalidade	69
4.6 Avaliação da assistência pelo usuário.....	70
5. ACOLHIMENTO NA UNIDADE: RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO	73
5.1 Atendimento do paciente diabético no CSEGSF.....	73
5.2 Fluxo de atendimento e agendamento de consultas.....	74
5.3 Atendimento da demanda espontânea	75
5.4 Estrutura física.....	75
5.5 Realização de exames laboratoriais	76
5.6 Síntese do acolhimento na unidade.....	77
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXO I.....	91
QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA O INQUÉRITO COM PORTADORES DE DIABETES II...91	
ANEXO II.....	95
ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de pacientes cadastrados portadores de diabetes e hipertensão por município, estado do Rio de Janeiro, 2007	15
Tabela 2 – Localização das ESF, população adscrita e número de equipes, Rio de Janeiro, 2006.....	21
Tabela 3 – Nome e característica da composição das ESF do CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006.....	37
Tabela 4 – Tamanho do universo e da amostra, por estrato.....	42
Tabela 5 – Motivos de não realização das entrevistas	40
Tabela 6 – Perfil socioeconômico da amostra de usuários entrevistados portadores de diabetes II assistidos no CSEGSF pelas ESF, Rio de Janeiro, 2006	46
Tabela 7 – Características individuais dos usuários portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006.....	50
Tabela 8 – Atenção prestada aos usuários portadores de diabetes II no CSEGSF pelas ESF, Rio de Janeiro, 2006	53
Tabela 9 – Acesso de portadores de diabetes II ao CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006.....	56
Tabela 10 – Atenção prestada aos usuários portadores de diabetes II no CSEGSF pelas ESF: uso e acesso a medicamentos, Rio de Janeiro, 2006	58
Tabela 11 – Atenção à pessoa no atendimento de portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006.....	59
Tabela 12 – Indicadores de humanização: recepção, espera, conforto e disponibilidade de insumos no atendimento de portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006.....	63
Tabela 13 – Autonomia dos usuários portadores de diabetes II atendidos no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006.....	65
Tabela 14 – Indicadores de vínculo quanto à confiança no atendimento aos portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006.	67
Tabela 15 – Indicadores de vínculo quanto à responsabilidade no atendimento de usuários portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006.....	70
Tabela 16 – Indicadores de vínculo quanto à longitudinalidade no atendimento de usuários portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006.....	70
Tabela 17 – Avaliação da assistência prestado no CSEGSF pelo usuário portador de diabetes II, Rio de Janeiro, 2006.	74

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CSE – Centro de Saúde Escola

CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

ELB – Estudos de Linha de Base

ESF – Equipe de Saúde da Família

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e ou
Diabetes mellitus

MS – Ministério da Saúde

NUPES – Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBT – Unidade Básica Tradicional

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem por propósito efetuar um estudo de caso sobre o acolhimento e o vínculo na assistência prestada aos portadores de diabetes no modelo assistencial da estratégia de saúde da família em unidade básica no Município do Rio de Janeiro.

Para examinar a potencialidade do modelo assistencial do PSF (Programa Saúde da Família) proporcionar acolhimento e vínculo de confiança entre prestadores e usuários, realizou-se um inquérito entre portadores de diabetes usuários da unidade de saúde e compararam-se respostas de usuários adscritos a equipes bem estruturadas e equipes incompletas.

O PSF como modelo assistencial, foi implantado no país a partir do ano de 1994 com o objetivo de reestruturar a atenção básica do SUS (Sistema Único de Saúde) reafirmando seus princípios de integralidade, universalidade e equidade. Um dos eixos do PSF consiste na criação de vínculo entre as ESF (Equipes de Saúde da Família) e os usuários através da adscrição da clientela, proporcionando uma maior qualificação de suas ações assistenciais que deixam de ser exclusivamente baseadas na doença, passando a valorizar o doente.

Roncalli & Lima (2006), ressaltam que apesar do PSF poder ser considerada uma macropolítica de reestruturação da atenção básica conduzida pelo nível federal, tem produzido resultados qualitativamente diferentes em razão do modo e do contexto em que ele é implementado em cada município (Roncalli & Lima 2006: 723).

O modelo assistencial do PSF e o modelo tradicional são considerados competitivos para a organização da Atenção Básica (Ribeiro et al, 2004:537) e há poucos estudos que realizem uma avaliação específica que possibilitem orientar decisões bem informadas de reorganização da Atenção Básica considerando as potencialidades de cada modelo.

Elias et al (2006), efetuaram uma pesquisa onde foi realizada uma comparação entre PSF e atenção básica tradicional realizadas em unidades básicas de saúde tradicional (UBS). Foi utilizado o índice de atenção básica que contempla oito dimensões da atenção primária formulada por Starfield, que são: acessibilidade, porta de entrada, vínculo ou longitudinalidade, elenco de serviços, coordenação, centralidade na família, (orientação para a comunidade e formação profissional). Os resultados

encontrados demonstram que os Índices de Atenção Básica do PSF são mais altos dos que os da UBS tradicionais, sempre com diferenças estatisticamente significantes (Elias et al, 2006: 633).

Com o presente estudo pretende-se contribuir com a elaboração de propostas que propiciem efetividade e maior eficiência da assistência aos doentes crônicos, questão ainda não superada mesmo em países de industrialização avançada com sistemas de saúde de ampla cesta e cobertura.

Esta dissertação de mestrado tem por objetivos específicos: 1) Analisar o acolhimento aos usuários portadores de diabetes no CSEGSF; 2) Examinar a criação de vínculo entre profissionais do PSF/unidade de saúde e usuários; 3) Comparar o processo de atenção prestado aos portadores de diabetes entre equipes de saúde da família estruturadas e incompletas.

Acolhimento e vínculo são características que devem ser almejadas no processo de trabalho em saúde e envolvem tanto o profissional de saúde quanto o usuário. Franco et al (1999) argumentam que a *responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, só são possíveis quando se acolhe e vincula levando a um equilíbrio entre autonomia e responsabilidade* (Franco et al, 1999:348).

Na pesquisa foram avaliados itens relacionados à estrutura e processo de atenção e os instrumentos utilizados foram: observação participante, e aplicação de questionários estruturados com usuários portadores de diabetes. A dissertação pretende contribuir para avaliar as potencialidades do modelo de atenção do PSF em proporcionar práticas de saúde que acolham e vinculem e tornem a atenção mais resolutiva.

1.1 JUSTIFICATIVA E CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

O diabetes mellitus é hoje um importante problema de saúde pública em todo o mundo, em razão da elevação de sua incidência e prevalência (Negrato, 2001:13) comprometendo a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas além de provocar um forte impacto nos custos dos sistemas de saúde. Para além dos componentes genéticos e tendência familiar, no mundo contemporâneo, condições socioeconômicas e culturais induzem à criação de hábitos não saudáveis como dieta inadequada e inatividade física, contribuindo para elevação dos indicadores epidemiológicos da doença.

As mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira exigem a implementação de políticas públicas voltadas para as doenças não transmissíveis e em especial o diabetes, que está associado a complicações que comprometem a produtividade e reduzem a expectativa de vida. Segundo Assunção et al (2001), na apreciação de serviços de saúde apropriados para os diabéticos, deve-se considerar tanto a organização do sistema de saúde que deve funcionar de forma hierarquizada e possuir como base o nível primário de saúde e os recursos locais, como devem ser priorizadas as necessidades da população, e seu atendimento deve ser avaliado quanto à efetividade e qualidade da assistência prestada (Assunção et al, 2001:89).

De acordo com Sartorelli & Franco (2003), a obesidade tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o diabetes mellitus II. Estima-se que entre 80% e 90% dos indivíduos acometidos por essa doença são obesos e o risco está diretamente associado ao aumento do índice de massa corporal (Sartorelli & Franco, 2003: 32).

Na América Latina, a estimativa é que existam mais de 20 milhões de portadores de diabetes e, especificamente no Brasil detectou-se uma prevalência de 7,6% na população com idade entre 30 e 69 anos, através de um estudo multicêntrico realizado pelo Ministério da Saúde em nove capitais entre 1986 e 1988, sendo que metade dessa população desconhecia ser portadora da doença, e entre as pessoas previamente diagnosticadas, 22% não faziam qualquer tipo de tratamento (Rouquayrol e Almeida Filho, 2003: 296).

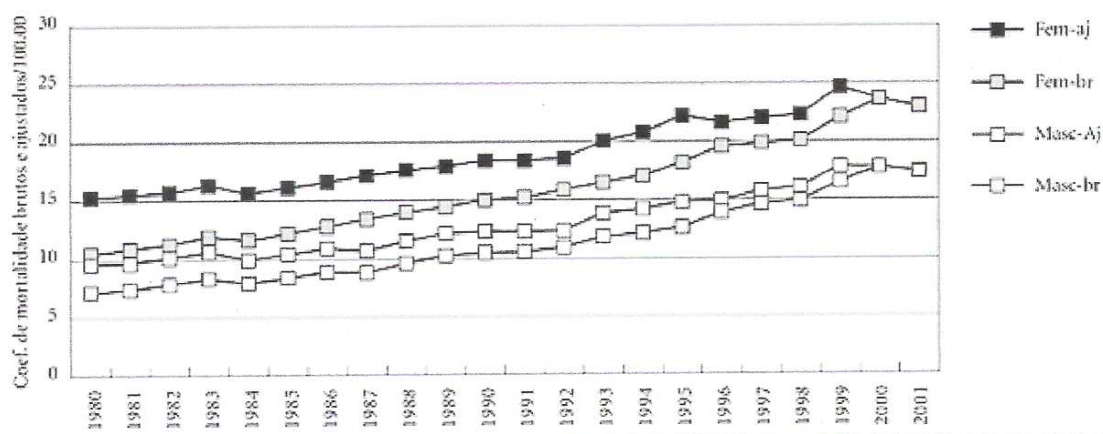
A prevalência do diabetes mellitus no Brasil pode ser ainda mais elevada. No ano de 2001, o Ministério da Saúde efetuou uma campanha para a detecção de casos suspeitos de diabetes nas unidades básicas de saúde do SUS. Foram realizadas 20 milhões de glicemias capilares em pacientes com 40 anos ou mais de idade e foram identificados 2,9 milhões de suspeitos de serem diabéticos, o que representou 14,7% da população pesquisada (Rouquayrol e Almeida Filho 2003, 296).

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre suas complicações mais freqüentes encontram-se: o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais.

As doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas são a primeira causa de morte no

Brasil. Segundo registros oficiais, em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, naquele ano 255.585 pessoas morreram em consequência de doenças do aparelho circulatório (Ministério da Saúde, 2001). A mortalidade pelo diabetes também têm aumentado nas últimas décadas, conforme demonstrado pelo coeficiente de mortalidade bruto e ajustado para homens e mulheres e apresentado no Gráfico 1 a partir do ano de 1980 até o ano de 2001.

Gráfico 1: Mortalidade pelo diabetes mellitus, ajustada por idade, Brasil, 1980-2001.



Fonte: Gráfico extraído de Lessa, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. 2004; 939.

Associada ao envelhecimento populacional, a mudança do perfil epidemiológico no Brasil, caracteriza-se por uma polarização com a ocorrência simultânea de doenças infecto-parasitárias e doenças não transmissíveis, que são responsáveis por um maior impacto sobre o adoecimento, incapacidades e mortes e têm reflexos diretos nos custos para o sistema de saúde. As doenças crônicas não transmissíveis possuem algumas características clínicas como: evolução lenta, prolongada e permanente, com longo curso assintomático, resultando em diagnósticos tardios que propiciam a ocorrência de lesões celulares irreversíveis que causam graus variados de incapacidade, podendo inclusive evoluir para óbito. As mesmas também estão associadas a vários fatores de risco complexos (Rouquayrol & Almeida Filho, 2003:294). Essa característica das doenças crônicas acarreta um forte impacto sobre o sistema de saúde em razão do aumento da demanda tanto por serviços assistenciais de atenção básica como também os de maior complexidade.

A importância médico-econômica-social do diabetes no contexto da saúde pública pode ser comprovada com os seguintes dados informados pela Sociedade Brasileira de Diabetes: *“a hipertensão arterial é cerca de duas vezes mais freqüente entre os indivíduos diabéticos quando comparados com a população em geral, é a sexta causa mais freqüente de internação hospitalar, contribuindo significativamente (30 a 50%) para outras causas como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, colicistopatias, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial, 30% dos pacientes que se internam em unidades coronarianas intensivas com dor precordial são diabéticos, é a principal causa de amputações de membros inferiores e de cegueira adquirida e 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise são diabéticos”* (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2003:8).

De acordo com Lessa (2004), investir no monitoramento dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis é uma estratégia efetiva para se quebrar a cadeia epidemiológica dessas doenças, porém esses fatores de risco são comportamentais e exigem estratégias muito bem elaboradas para se alcançar os resultados esperados. Desde 2002, a OMS preconiza que a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis tenha seu foco voltado para os fatores de risco mais diretamente relacionados. Em novembro de 2003 ocorreu no Brasil a apresentação dessa proposta denominada de *STEPwise approach to non-communicable disease* (método progressivo), que junto com as ações de promoção da saúde e prevenção primária poderão eliminar ou diminuir os fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis. Essa autora ressalta ainda que os programas de hipertensão e diabetes criados na década de oitenta não apresentaram os resultados esperados em razão de sua não continuidade e também da ausência de avaliações. Houve dificuldades em priorizar o foco desses programas em ações de prevenção primária, de menor custo, e os mesmos foram direcionados apenas para práticas clínicas, que são de maior custo, causando assim uma restrição do acesso e baixa cobertura (Lessa, 2004:935).

1.1.1 O Programa de Diabetes Mellitus

Atualmente a atenção ao diabetes constitui um programa básico de saúde pública e no nível nacional, recentemente foi formulado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus com o intuito de incrementar a vigilância de doenças crônicas de alta prevalência e melhorar a qualidade do atendimento ao diabético e à hipertensão arterial. Esse plano tem como objetivos gerais promover a atualização dos profissionais da rede básica, garantir o diagnóstico e a vinculação do

paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento ampliando o atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores de diabetes. Em relação aos objetivos específicos podem-se destacar as ações de prevenção primária envolvendo a redução e o controle dos fatores de risco, a vigilância epidemiológica desses agravos na população e a reorganização da rede para atender esses usuários garantindo o acesso aos medicamentos necessários ao controle da doença (Ministério da Saúde, 2001:10). Este plano foi complementado pelo Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

O Hiperdia é o sistema de acompanhamento de portadores de diabetes do Ministério da Saúde e prevê o cadastramento destes doentes crônicos pelos municípios como contrapartida da assistência farmacêutica proporcionada pelo MS (Ministério da Saúde, Hiperdia, 2007). O município do Rio de Janeiro no ano de 2007 atualizou seus dados, apresentado na tabela 1 com o número de pacientes cadastrados por município no Hiperdia. Quatorze municípios de um total de 92 do estado do Rio de Janeiro ainda não haviam enviado seus dados para o Hiperdia até o mês de novembro de 2007.

Tabela 1. Número de pacientes cadastrados portadores de diabetes e hipertensão no Hiperdia por município, Estado do Rio de Janeiro, 2007

Município	Total Cadastrados	Município	Total Cadastrados
Angra dos Reis	9.260	Niterói	1.952
Aperibe	29	Nova Friburgo	2.779
Areal	734	Nova Iguaçu	4.697
Armacao de Buzios	246	Paracambi	4.064
Arraial do Cabo	1587	Paraíba do Sul	5.939
Barra Mansa	3.124	Parati	1.174
Belford Roxo	19.925	Petrópolis	27.091
Bom Jardim	26	Pinheiral	1.657
Bom Jesus do Itabapoana	4.095	Pirai	27
Cabo Frio	6.050	Porciuncula	1.878
Cachoeiras de Macacu	1.695	Porto Real	1.724
Campos dos Goytacazes	29.148	Quatis	407
Cantagalo	2.273	Queimados	14.507
Carapebus	138	Quissama	1.266
Casimiro de Abreu	925	Resende	3.680
Comendador Levy Gasparian	409	Rio Bonito	2.623
Conceicao de Macabu	1351	Rio Claro	1.343
Cordeiro	931	Rio das Ostras	3.241
Duas Barras	438	Rio de Janeiro	274.288
Duque De Caxias	16.851	Santa Maria Madalena	336
Engenheiro Paulo de Frontin	993	Santo Antonio de Padua	2.416
Guapimirim	1.746	Sao Francisco de Itabapoana	3.740
Iguaba Grande	1.391	Sao Goncalo	13.945
Itaborai	2.996	São João da Barra	948
Itaguaí	9.884	Sao Joao de Meriti	6.609
Italva	736	Sao Jose de Uba	200
Itaocara	2.502	São Jose do Vale do Rio Pedro	1017
Itaperuna	1.674	Sao Pedro da Aldeia	4.174
Japeri	1.856	Sao Sebastiao do Alto	843
Macaé	7.583	Saquarema	2.645
Mage	16.218	Seropedica	2.116
Mangaratiba	3.667	Sumidouro	1.130
Marica	7.448	Tangua	1.168
Mendes	2.289	Teresopolis	3.872
Mesquita	5700	Trajano de Moraes	132
Miguel Pereira	2.554	Tres Rios	5.678
Miracema	261	Valenca	241
Natividade	2.255	Varre-Sai	155
Nilópolis	4.994	Vassouras	3.399
		<i>Total 79 municípios</i>	<i>585.217</i>

Fonte: Ministério da Saúde, Hiperdia, novembro de 2007.

O número de diabéticos estimados no município do Rio de Janeiro corresponderia a 11% da população maior de 40 anos, segundo dados de pesquisa de prevalência de 1986 (Estudos Populacionais Brasileiros) e usados como parâmetro pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus desde 2001, o que no Rio de Janeiro contabilizaria 178.200 diabéticos.

O programa de diabetes do município do Rio de Janeiro oferece ações educativas, consultas médicas, exames e dispensação gratuita de medicamentos de uso contínuo. Os portadores de diabetes II são assistidos nas unidades básicas de saúde por equipes multiprofissionais que variam na sua composição de acordo com cada unidade de saúde. Essa equipe pode contar com clínico geral, enfermeiro, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta. Se o paciente apresentar diabetes I ou não apresentar resultados clínicos e laboratoriais satisfatórios, que impliquem na utilização regular de insulina, ele é encaminhado a um dos 19 pólos de insulina, onde receberá atendimento de um médico endocrinologista. Nessas unidades pólos são fornecidos insulina, seringas, glicosímetros e fitas reagentes para pesquisa de glicose no sangue e urina. Também são realizados em todos pacientes inscritos no programa o rastreamento das complicações (oftalmológicas e renais) e o devido encaminhamento para outras especialidades, caso seja necessário (Tresse, 2004).

No Município do Rio de Janeiro de acordo com trabalho desenvolvido na Universidade Federal do Rio de Janeiro, metade dos doentes não se trata adequadamente, elevando os óbitos pela doença e desenvolvendo sérias complicações (SMS, RJ, 2006), sendo que 70% destes dependem do serviço público para seu tratamento. Em junho de 2003, o Programa de Hipertensão e Diabetes da Prefeitura do Rio de Janeiro contabilizava 114.620 pacientes inscritos, sendo que 56.270 (49%) se encontravam em tratamento regular. Já em dezembro de 2005 a situação melhorou um pouco e o programa contabilizou 120.091 pacientes inscritos, sendo 79.969 ou 66% em tratamento regular (Secretaria Municipal de Saúde, 2006). Esses dados sugerem que o percentual de abandono do tratamento é alto. Comparando-se os dados dos anos de 2003 e 2005 nota-se uma redução no percentual de inscrição de novos pacientes e também na taxa de abandono, com apenas 66% em tratamento regular demonstrando a princípio uma menor capacidade de captação e a necessidade de um maior esforço para adesão dos pacientes já inscritos.

Entre os dados apresentados sobre os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados, observa-se que ocorreu um expressivo aumento do quantitativo desses

pacientes quando é feita a comparação com os dados apresentados publicamente pelo site da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro de dezembro de 2005 (120.091 pacientes) e os dados do Hiperdia referente ao município do Rio de Janeiro no ano de 2007 (274.288 pacientes).

Em relação à dispensação de medicamentos, a Prefeitura do Rio de Janeiro implantou em janeiro de 2002 o programa denominado Remédio em Casa cujo objetivo principal é garantir o fornecimento de medicamentos de uso contínuo para pacientes crônicos. O público alvo inicial do programa foram os portadores de diabetes e ou hipertensão em fase de manutenção do seu tratamento que passaram a receber os medicamentos através de remessa domiciliar que pode apresentar um intervalo de tempo que varia entre dois e seis meses de acordo com o prazo do reagendamento das consultas. Esse projeto foi totalmente implantado em 100% das unidades participantes do programa de diabetes e hipertensão em outubro de 2004 (109 unidades entre Centros e Postos de Saúde, Posto de Assistência Médica, alguns ambulatórios hospitalares e módulos do PSF). Pacientes em início de tratamento ou que ainda não estejam na fase de manutenção do tratamento continuam a receber os medicamentos na sua unidade de saúde onde são assistidos bem como pacientes que utilizam medicamentos que necessitam de cadeia de frio como, por exemplo, a insulina.

Outros objetivos desse programa são: proporcionar um monitoramento dos protocolos de tratamento vigentes para os subgrupos específicos que possam indicar a necessidade de promover atualizações e educação médica continuada, reduzir a demanda às unidades de saúde para renovação mensal da receita e recebimento de novos medicamentos, formação de um cadastro municipal de pacientes portadores de doenças crônicas e estimular a adesão ao tratamento e o vínculo entre a unidade de saúde/equipe e os pacientes. Usuários que residem em áreas de difícil acesso e sem CEP recebem os medicamentos através de parcerias firmadas entre a prefeitura e associações de moradores ou em endereços alternativos (Secretaria Municipal de Saúde, RJ, 2006a).

Observa-se portanto, a presença de um alto contingente de portadores de diabetes no município do Rio de Janeiro e a atenção recebida carece de continuidade, dadas as baixas proporções de pacientes em tratamento regular. A adesão ao tratamento e a continuidade do cuidado são favorecidos pelo acolhimento e vínculo, por isso estas foram as características do processo de atenção selecionadas para o presente estudo.

1.1.2 A atenção primária no atendimento ao portador de diabetes mellitus

Para Giovanella (2006), pacientes com doenças crônicas como o diabetes necessitam usar o sistema de saúde nos diferentes níveis de atenção e para que esse processo ocorra de forma efetiva, é fundamental que a atenção básica efetue a coordenação entre esses níveis de atenção. A autora destaca *“haver uma interdependência inter-organizacional presente no cuidado de doentes crônicos uma vez que necessitam acessar simultaneamente serviços de diversas complexidades, exigindo a coordenação entre níveis de atenção, de modo a garantir prestações mais custos-efetivas e proporcionar um melhor desempenho do sistema de saúde”* (Giovanella, 2006:957). Além disso, para bem atender a demanda da população através da atenção básica é necessário um complexo equilíbrio entre ações individuais e coletivas, curativas e preventivas.

Segundo Starfield (2002a), a atenção primária em saúde por suas características potenciais de ser o serviço de primeiro contato do usuário com o sistema, prestar atendimento integral e continuado (através de equipe multidisciplinar), coordenar os cuidados prestados aos pacientes e garantir o encaminhamento para os serviços especializados quando necessário, tornam a mesma um importante instrumento para se alcançar maior qualidade e eficiência dos serviços prestados aos pacientes crônicos (Starfield, 2002a:62). Assim a atenção integral aos portadores de diabetes deveria iniciar-se nos serviços de atenção básica, responsável por ações de promoção de saúde, diagnóstico precoce e acompanhamento dos portadores.

A expansão e a qualificação da atenção básica através do PSF foram a política pública adotada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994 e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde com o objetivo de reorientar o modelo assistencial através da implantação de equipes multiprofissionais trabalhando de forma interdisciplinar, focadas na prestação de assistência integral com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Essas equipes devem reconhecer agravos dos usuários que devem ser cadastrados e acompanhados de forma contínua, incluindo também o atendimento da demanda espontânea, para se alcançar a melhora dos indicadores de saúde desta população.

O Ministério da Saúde no ano de 2006 publicou a Portaria 648 de 26/03/2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Esta política considera o PSF como estratégia principal para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Entre suas

estratégias de atuação destaca-se o controle do diabetes mellitus (Ministério da Saúde, 2006:3).

A estratégia da Saúde da Família propõe mudanças do modelo assistencial na atenção básica, tendo como um dos seus preceitos a adscrição de clientela, para que as ações sejam baseadas nas necessidades da população. No PSF, os portadores de diabetes constituem um dos grupos prioritários de atenção e devem ter cuidado e acompanhamento continuados, bem como realizada busca ativa de casos.

A delimitação da área e população de abrangência para oferta de serviços no PSF em relação à Unidade Básica Tradicional (UBT) é considerado um avanço programático, além de realizar um maior número de atividades domiciliares e com articulação com a comunidade (Facchini et al, 2006:679).

Uma das características principais desse modelo é a criação de vínculo entre usuários e profissionais, fator fundamental para o cuidado adequado do paciente diabético e sua adesão ao tratamento. A duração e a intensidade da relação entre paciente e médico estão relacionadas de formas distintas com a satisfação do usuário. A primeira pode ser correlacionada, mas a segunda não apresentou associação com a satisfação do usuário conforme pesquisa desenvolvida por (Hjortdahl & Laerum, 1992:1290). Para esses autores a continuidade do cuidado é a mais importante ferramenta do generalista.

Para Lambrew e colaboradores, uma fonte regular de cuidado contribui com a melhoria do acesso ao sistema de saúde (Lambrew et al, 1996) e para Weiss e Blustein (1996), o vínculo entre o profissional e o usuário é um elemento essencial para a qualidade da atenção primária, proporcionando uma melhor efetividade, satisfação e redução de custos (Weiss & Blustein, 1996).

Ibañes et al (2006) ressaltam a importância da atenção básica na ampliação do acesso a um sistema de saúde integrado, que deve ser gerenciado de forma mais produtiva, menos custosa e mais abrangente (Ibañes et al 2006: 685). O impacto dos crescentes custos da atenção à saúde tem motivado reformas no sistema de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento onde a atenção básica é priorizada como condição para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, prevenindo problemas, tratando os mesmos de forma mais efetiva e reduzindo a utilização de procedimentos mais custosos para o sistema de saúde. Dessa forma o reordenamento da atenção básica proporcionaria a reformulação de todo o sistema de saúde. A unidade básica de saúde

deve adscrever os seus usuários e estabelecer um vínculo interpessoal que favoreça a cooperação entre os profissionais de saúde e os usuários (Ibañes et al 2006: 687).

O atendimento humanizado possibilita prestar uma atenção mais efetiva ao paciente diabético. Segundo Schimith & Lima (2004), as ferramentas do acolhimento e vínculo devem ser utilizadas por todos profissionais de saúde, proporcionando uma reorganização do processo de trabalho em saúde, influenciando positivamente na qualidade do cuidado prestado e na autonomia desses pacientes (Schimith & Lima, 2004:10).

Acolhimento e vínculo têm tido destaque na discussão da política nacional. O tema central da 11ª Conferência Nacional de Saúde foi Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde com controle social. A intenção do Conselho Nacional de Saúde foi contribuir para o avanço do SUS para a obtenção de três metas fundamentais que são demandas da população de usuários do sistema: acesso universal e com equidade aos serviços e ações de saúde, qualidade desses serviços e humanização, isto é, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos, essenciais para o sucesso das relações entre usuários e trabalhadores de saúde (11ª CNS, 2000).

Potencialmente, o modelo assistencial do PSF pode proporcionar um melhor vínculo, todavia no Estado do Rio de Janeiro a cobertura ainda é baixa. A implantação das ESF iniciou-se no ano de 1998 com 42 equipes e percentual de cobertura populacional de 1,06% e em janeiro de 2007 o número de equipes era de 1331 cobrindo 28,92% da população (Ministério da Saúde, Atenção Básica e Saúde da Família).

O município do Rio de Janeiro apresenta uma implantação pouco significativa do PSF, com 110 equipes de saúde da família (ESF) implantadas conforme demonstrado na Tabela 2 com o número e a localização das equipes e a população adscrita que é assistida através desse modelo assistencial. O programa atende a apenas 6,7 % da população do município que é de aproximadamente 6.000.000 de habitantes.

Para este estudo foi escolhida uma unidade básica de saúde escola na qual atuam 8 ESF e que também atende por meio do modelo tradicional. Devido a dificuldades gerenciais e políticas de implementação do PSF no município do Rio de Janeiro parte das ESF apresenta rotatividade de profissionais, assim neste Centro de Saúde Escola algumas ESF apresentaram composição incompleta à época do estudo, tendo ocorrido freqüente mudança de profissionais. Em razão disso, para fins de análise foram agrupadas como equipes completas e incompletas.

O PSF quando foi implantado no município do Rio de Janeiro, criou a opção para os servidores que desejassem trocar o seu vínculo empregatício para passarem a trabalhar no PSF, mas mesmo com uma remuneração bem superior, a adesão ao programa foi insignificante por parte dos profissionais de saúde, determinando que a coordenação do programa efetuasse a contratação de novos profissionais por meio de um consórcio de entidades privadas.

Segundo Viana (2006), municípios com mais de 500.000 habitantes evoluem de forma mais lenta no cadastramento de famílias no PSF em razão da política de repasses de recursos que prioriza o valor transferido à taxa de cobertura do programa e também devido à violência urbana, que determina assim uma implantação do PSF mais lenta nas grandes cidades (Viana et al, 2006:577). Em 2004, a taxa de cobertura era de 15% da população residente nos grandes centros urbanos (Viana et al, 2006:581), que comparada com a média nacional é bem baixa, já que no ano de 2004 a taxa de cobertura do PSF no país era de 39% (Ministério da Saúde, Atenção Básica e Saúde da Família).

Tabela 2. Localização das ESF, população adscrita e número de equipes, Rio de Janeiro, 2006

BAIRRO	POPULAÇÃO	Nº EQUIPES DO PSF/LOCALIDADE
Estácio	3.648	1 (Lapa)
São Conrado	1.959	1 (Vila Canoas)
Tijuca	12.458	3 (Borel)
Vila Isabel	8.400	3 (Pq. Vila Isabel)
Manguinhos	32.932	8 (Mandela De Pedra, S.Machel, Pjg, Chp2, Pcc, Poc, Vila São Pedro, Vila Turismo)
Vigário Geral	6.597	2 (Marcílio Dias)
Complexo Do Alemão	34.823	10 (Alemão, Adeus, Esperança, Bahiana)
Vigário Geral	6.015	2
Complexo do Caricó	12.245	2 (Caricó)
Ilha do Governador	5.341	2 (Pq. Royal)
Acari	16.560	4 (Faz. Botafogo)
Costa Barros	28.127	10 (Costa Barros, Pq. Nova Cidade, Portus)
Jacarepaguá	8.515	2 (Canal Do Anil)
Jacarepaguá	8.685	3 (Curicica)
Padre Miguel	19.800	5 (Vila Vintém)
Bangu	48.952	10 (João Saldanha, Vilaminérios, Caminho Do Lucio, Nova Aliança, Cancela Preta)
Senador Camará	9.232	2 (Jacaré, Cavalo De Aço)
Realengo	21.600	5 (Cohab)
Inhoaíba	14.962	5 (Vilar Carioca)
Anagonzaga	5.598	2 (Anagonzaga)
Barra de Guaratiba	5.781	2 (Barra De Guaratiba)
Cosmos	8.124	4 (Jd. Anápolis, Vila São Jorge)
Guanabara	2.848	1 (Vilar Guanabara)
Pedra De Guaratiba	18.660	5 (Jd. 5 Marcias)
Guaratiba	13.000	3 (Faz. Modelo)
Santa Cruz	11.277	4 (Manguariba)
Santa Cruz	11.990	5 (Antares)
Sepetiba	17.580	2 (Balneário Globo)
Santa Cruz	6.200	2 (Barro Vermelho)
<i>Total</i>	<i>401.909</i>	<i>110</i>

Fonte: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, cadastro de equipes do PSF (junho 2006).

Avaliar programas e serviços é imprescindível para melhor direcioná-los às expectativas e necessidades dos pacientes. Para Mendes (2006), a ineficiência do sistema de saúde deve ser abordada de maneira crítica, para isso é necessário refletir sobre a forma que a imprensa de uma maneira em geral retrata o que o autor denomina como o “caos na saúde” onde as reportagens concentram seu foco na desorganização da assistência na rede hospitalar e ambulatorial enquanto as ações bem sucedidas não despertam o interesse do jornalismo. Porém o autor ressalta a inquestionável necessidade de prover o sistema de forma mais efetiva e eficiente, melhorando assim sua qualidade. Para tal é necessário realizar avaliações que contribuam para implementar de fato os princípios do SUS onde a atenção primária em saúde não deve possuir barreiras de acesso devendo ser ofertada em todos os municípios e os serviços de atenção secundária e terciária, que possuem maior densidade tecnológica, devem ser ofertados de maneira regionalizada (Mendes, 2006: 70). O autor considera que a saúde da família é a estratégia adequada para organizar a atenção primária em saúde devendo ser implantado como uma estratégia e não como um programa, e deverá formar a base de um sistema de saúde organizado centrado na atenção primária onde os resultados esperados seriam: diminuição do número de internações por condições sensíveis à internação ambulatorial em razão da qualificação e resolutividade da atenção primária à saúde que deve ser ofertada sem barreiras de acesso. Em relação aos portadores de doenças crônicas como o diabetes, esse sistema comprovaria sua eficiência ao aumentar a adesão do usuário na atenção primária sem necessidade de recorrer aos outros níveis de atenção (Mendes, 2001: 75).

É também ressaltada pelo autor, a necessidade de enfatizar as ações de promoção e prevenção que a saúde da família deve implantar para alcançar o princípio da integralidade, alterando assim a lógica medicalizadora hegemônica (Mendes, 2006: 70).

Hartz (1999) afirma que a avaliação de programas de saúde requer estudos com coleta sistemática de dados que subsidiem a tomada de decisões e que produzam melhorias das intervenções. A avaliação deve considerar o modelo teórico em que o programa foi construído, com seus objetivos, população alvo, contexto em que foi formulado e implantado e seus atributos que irão produzir um conjunto de efeitos esperados. A autora enumera quatro princípios avaliativos com atributos básicos para avaliar programas com maior qualidade que são: utilidade (atender aos interessados), praticabilidade (viável, eficiente com produção de informações úteis), propriedade

(efetuada de forma legal e ética) e precisão (produção de informações adequadas para que possam ser julgadas) (Hartz, 1999:349).

Avaliar um programa é emitir um juízo de valor sobre o mesmo para ajudar na tomada de decisões. De acordo com Nemes et al (2004) *“um programa de saúde deve apresentar um plano propositivo e quanto mais ele se aproximar efetivamente de suas propostas programáticas, mais qualidade ele terá, para isso ele deve ter: clareza na priorização de seus objetivos, descrever todas as etapas do processo assistencial (fluxograma descritivo), diversidade de abordagens de acordo com as propostas do programa e utilização articulada entre essas abordagens, coerência dos padrões de julgamento e avaliação, aceitação e adesão dos agentes executores e capacidade de diálogo com cada indivíduo e grupo alvo para qualificar a ação técnica”* (Nemes et al, 2004:312).

Os esforços de avaliação da Atenção Básica têm intensificado em anos recentes e no ano de 2005 foram realizados estudos de linha de base (ELB) com apoio do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e financiado pelo Banco Mundial envolvendo todos os municípios com mais de 100.000 habitantes pertencentes ao PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família) para avaliar as necessidades de mudança na reorganização da atenção básica e criar uma rotina de avaliação na atenção básica entre gestores e profissionais.

Como visto, no município do Rio de Janeiro a regularidade do cuidado ao portador de diabetes é baixa. No caso de doentes crônicos a adesão e continuidade do tratamento podem ser favorecidas por adequado acolhimento e o estabelecimento de vínculo entre unidade/profissionais de saúde-usuários, avaliar estes atendimentos pode contribuir para a organização de serviços efetivos e humanizados.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral

O presente estudo tem por objetivo avaliar o acolhimento e vínculo na assistência prestada aos portadores de diabetes em serviço de atenção básica no Município do Rio de Janeiro, assistidos pelo modelo do PSF.

Objetivos específicos

- Analisar o acolhimento dos usuários portadores de diabetes no CSEGSF.

- Examinar a criação de vínculo entre o CSEGSF/equipe de profissionais do PSF e usuários portadores de diabetes.
- Comparar o acolhimento e o vínculo proporcionado entre as ESF estruturadas e incompletas do CSEGSF.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA CONCEPÇÕES DO ACOLHIMENTO E VÍNCULO

Este capítulo aborda concepções de acolhimento e vínculo em suas diversas dimensões, para promoção de uma maior qualidade da atenção ao usuário do Sistema Único de Saúde.

2.1 ACOLHIMENTO

Acolhimento está relacionado com a criação do vínculo. Acolhimento e vínculo são características que devem ser almejadas no processo de trabalho em saúde e que envolvem tanto o profissional de saúde quanto o usuário. Franco et al (1999) afirmam que *“a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula”*. É uma relação que busca um equilíbrio entre autonomia e responsabilidade. Para esses autores o acolhimento é definido como *“uma tecnologia de organização de serviços de saúde e a sua tradução básica é oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário”*. O acolhimento é considerado como uma diretriz operacional e é composto por três princípios: 1) *Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume a sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.* 2) *Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, a equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seus problemas de saúde.* 3) *Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania* (Franco et al, 1999:348).

O acolhimento permeia todo o processo de trabalho em saúde ultrapassando a recepção ao usuário na unidade básica de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema de saúde. Como argumenta Hennington (2005), é um processo de reorientação e reorganização da assistência (Hennington, 2005:257).

Ramos & Lima (2003) conceituam acolhimento como “*a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas*”. O acolhimento não se esgota na recepção do usuário, deve permanecer nos demais encontros que ocorrem durante a sua permanência no serviço de saúde, do mesmo modo, o acolhimento existente na unidade de saúde tem papel primordial na autonomia desse usuário, afim de que o mesmo possa fazer suas escolhas e superar eventuais dificuldades, determinando de forma concreta um vínculo duradouro entre usuário e serviço (Ramos & Lima, 2003:28).

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas implantou um programa denominado “Programa Paidéia de Saúde da Família (2001) para complementar o PSF. Neste programa “*acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela devendo ser realizada por toda a equipe de saúde*” Esse programa propõe um atendimento diferenciado dos usuários não apenas por agendamento prévio ou ordem de chegada, mas de acordo com os riscos e necessidades dos usuários e tem como objetivos principais garantir o acesso ao sistema e às ações de saúde baseadas no vínculo entre profissionais e famílias e proporcionando um atendimento integral, ampliando as ações dos profissionais para além das ações curativas (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001).

Segundo Matumoto et al (2002), o acolhimento ocorre durante todo o processo de atenção à saúde e dessa forma a comunicação é utilizada de maneira constante entre os usuários e trabalhadores. A escuta valoriza as queixas, a atenção e o respeito aos usuários (Matumoto et al, 2002:122).

Nas quatro conceituações citadas, nota-se a preocupação dos autores de realçar que o acolhimento é um processo contínuo e que não deve se restringir à porta de entrada do sistema de saúde.

Para Fracoli & Zoboli (2004), trata-se de um instrumento de trabalho que deve ser utilizado por todos os trabalhadores de saúde. Dessa forma, "acolher" não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde (Fracoli & Zoboli, 2004:144).

De acordo com Pastor (2004) “*as equipes de saúde freqüentemente deparam-se com questões como: quem acolhe? Qual é o horário do acolhimento? Em qual lugar?*

Tais perguntas mostram, muitas vezes, a dificuldade de assimilação, por parte dos trabalhadores, do conceito sobre acolhimento, pois o mesmo não pressupõe hora, local ou profissional específico para fazê-lo, devendo a postura acolhedora fazer parte das habilidades dos membros das equipes em sua relação com a população, em todos os momentos”. Apesar disso, no dia-a-dia das unidades de saúde, as equipes devem se preparar para utilizar a sua infra-estrutura de forma criativa, garantindo os pressupostos do acolhimento, adequados às realidades locais. Ao mesmo tempo deve também ser abordada a limitação do acolhimento, pois o mesmo é uma ferramenta que busca alcançar uma maior resolutividade das necessidades de saúde, qualificando a atenção e causando uma maior satisfação dos usuários (Pastor, 2004:3).

Merhy (2002) argumenta que a atenção primária na unidade básica de saúde é o espaço que permite humanizar a relação instituição-população usuária devido a sua própria organização como serviço, deixando de ser analisada como um espaço físico e voltando seu foco para um espaço de trabalho em saúde permeado pela ética e pela humanização desse processo de trabalho. O acolhimento torna-se uma importante ferramenta para se alcançar uma melhor qualidade no processo de atenção, que aliado a outros instrumentos, irá proporcionar aos usuários um processo de atenção mais efetivo (Merhy, 2002:227).

Além de contribuir para a humanização do atendimento e a melhoria da qualidade da atenção, Merhy conceitua acolhimento como uma estratégia para reorientar a atenção em relação à demanda espontânea, e segundo esse autor provocaria uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, ao reconhecer o usuário como sujeito. Neste processo, o foco do profissional passaria a ser o doente e não a doença. Para este autor o *“acolhimento busca produzir condições de equidade na utilização dos serviços de saúde, desencadeando um ordenamento da oferta desses serviços e otimizando os recursos existentes para responder às necessidades de saúde da população, na construção de um modelo centrado no usuário”* (Merhy, 1994:121).

Travassos & Martins (2004) consideram que o acolhimento pode abranger uma relação entre as formas como os serviços se organizam para receber os usuários e a capacidade desses usuários de se adaptarem a essa organização (Travassos & Martins, 2004:192). Nesse texto em que a autora faz referência a vários conceitos sobre acesso e utilização dos serviços de saúde nota-se que há uma inter-relação entre acolhimento e acesso, pois ambos envolvem as necessidades de saúde da população e a capacidade dos serviços e profissionais para atendê-los, porém o primeiro é mais abrangente, pois um

serviço ou programa com bom acolhimento será bem avaliado quanto ao acesso, mas um serviço ou programa com boa avaliação sobre acesso não necessariamente será bem avaliado quanto ao acolhimento. Por outro lado para o acolhimento se realizar é necessário garantia do acesso.

De acordo com Caprara & Rodrigues (2004:139), *“uma melhor relação entre médicos e pacientes influencia não só a satisfação do usuário, mas também a qualidade do serviço prestado, trazendo benefícios ao estado de saúde dos pacientes”* (Caprara & Rodrigues, 2004:139) justificando assim, a ênfase da presente pesquisa sobre esses dois conceitos. Os referidos autores ressaltam a necessidade de haver um aprimoramento na comunicação entre médico e paciente cabendo ao primeiro desenvolver uma relação centrada no paciente e não na doença. A valorização dessa relação estimula o processo da criação do vínculo, possibilita a diminuição da assimetria dessa relação e promove a autonomia do paciente, através de soluções compartilhadas de suas necessidades de saúde.

Para Sassi & Beria (2003), a prevalência de um médico de referência no Brasil é baixa, e está diretamente relacionada com os extratos socioeconômicos da população, mas quando ocorre, ela pode ser relacionada com uma melhor qualidade da atenção (comprovada através do aumento de pedidos de exames preventivos tanto para mulheres como para homens) podendo ser também uma importante ferramenta para facilitar o acesso aos serviços de saúde das camadas sociais mais carentes (Sassi & Beria, 2003:1258).

Como conceituam Santos et al (2007), *“o acolhimento é a consolidação de uma prática de saúde que busca produzir respostas adequadas a cada demanda dos usuários, sejam elas individuais ou coletivas”*. O acolhimento é visto atrelado ao vínculo entre usuários, profissionais e gestores e a unidade de saúde passa a organizar sua demanda de acordo com as necessidades dos usuários (Santos et al, 2007: 75).

A estratégia acolhimento foi escolhida pelos órgãos governamentais para definir a política pública de humanização dos serviços de saúde para que possibilitem a execução das ações para o cumprimento dos princípios norteadores dos artigos referentes à saúde da Constituição de 1988. Agrega-se assim, uma dimensão ético social na busca conjunta entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários, da resolutividade do atendimento e da prevenção de doenças e no cuidado com a vida. É necessário considerar a perspectiva das pessoas, que necessitam individualmente dos serviços de saúde. Para Teixeira (2002:83), *“cada uma delas tem, além da fragilidade de quem*

sofre, a desagradável sensação de insegurança acerca da forma como será tratado, não apenas como doente, mas fundamentalmente como ser humano portador de necessidades e carências reais e simbólicas” e a forma de superar essa insegurança é através da construção de um diálogo entre trabalhadores e usuários. Dessa forma o acolhimento é abordado por Teixeira (2003) como uma “técnica comunicacional principal das atividades de um serviço de saúde”. Essa rede de comunicações conforma um autêntico espaço coletivo de conversação, composto de várias e distintas regiões de conversa interligadas. O acolhimento-diálogo é pautado pelo espírito do entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, neles se decide a trajetória necessária de cada usuário através do serviço.

Para Teixeira (2003), “o papel do acolhimento-diálogo na dinâmica organizacional só pode ser cumprido enquanto resultado de um encontro pautado por disposições morais e cognitivas, que podem ser assim sintetizadas: o reconhecimento do outro como um legítimo outro; o reconhecimento de cada um como insuficiente; o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. O acolhimento diálogo, em síntese, corresponde a uma espécie de protocolo geral de comunicação entre todos os elementos que compõem a rede. Assim, não se trata necessariamente de uma atividade em particular, mas de um conteúdo de qualquer atividade assistencial. É assim que o acolhimento-diálogo desempenha papel fundamental na dinâmica organizacional, redundando em encaminhamentos, deslocamentos, trânsitos pela rede assistencial, que são, em última instância, o resultado do que se passa e das decisões tomadas num encontro pautado pelas já mencionadas disposições morais e cognitivas. Trata-se rigorosamente de uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior ciência das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las” (Teixeira, 2003:106).

Algumas Secretarias Municipais de Saúde têm dado prioridade à humanização da atenção, implementando práticas de acolhimento. A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas criou um protocolo de acolhimento e determinou que o acolhimento deve ser realizado por toda a equipe de saúde, em toda a relação profissional de saúde-pessoa em cuidado. O conceito usado no protocolo foi o definido pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas como: “Acolhimento é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela” (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001).

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em agosto de 2001 em parceria com a organização da sociedade civil Palasathena desenvolveu um programa denominado ética do acolhimento, onde esse termo é conceituado como “a capacidade de estabelecer relações de confiança, solidariedade e familiaridade entre cidadãos usuários e os cidadãos que o atendem” (Associação Palasathena, 2001). Para tanto, é indispensável sensibilizar os servidores, desenvolver neles o potencial relacional, ainda não utilizado ou subutilizado, tendo a comunicação como ferramenta para transmitir confiança e efetuar o acolhimento. A partir de 2003, o projeto avançou na perspectiva de transformar a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde com o objetivo de ampliar o acesso à atenção integral de boa qualidade e resolutividade, atuando de forma transversal em toda a rede de serviços. De acordo com Capozollo et al (2004), *“o acolhimento passa a ser considerado, fundamentalmente, como uma estratégia para promover mudanças no processo de trabalho, reorganizando-o de maneira a atender a todos que procuram o serviço de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade”*. Pretende-se obter uma mudança no fluxo de entrada dos usuários, através de uma escuta qualificada por profissionais da equipe de saúde da demanda espontânea com o objetivo de identificar risco/vulnerabilidade que considere as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer e dessa forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário. Visa ampliar o acesso potencializando o conhecimento técnico e agregando resolutividade na intervenção dos diversos profissionais de saúde, promovendo o vínculo e a responsabilização clínica e sanitária com os usuários. Busca produzir condições de equidade na utilização dos serviços de saúde, desencadeando mecanismos mais eficazes de regulação e ordenamento da oferta de serviços e otimizando os recursos existentes para responder às necessidades de saúde da população, na construção de um modelo centrado no usuário (Capozollo et al, 2004: 3).

2.2 VÍNCULO

O conceito de vínculo também é complexo e multidimensional e vem sofrendo variações ao longo dos anos. É um termo que guarda relação direta com continuidade, longitudinalidade, não interrupção. De acordo com Hjortdahl (2004:249), na atenção à saúde a continuidade do cuidado é considerada um atributo chave do cuidado primário

em saúde, formando uma cadeia ininterrupta de eventos que ocorre entre o paciente e o profissional de saúde, ou uma equipe ou um local. Para esse autor a fragmentação do cuidado é a antítese da continuidade. A continuidade da atenção segundo Hjortdahl (2004:249), está relacionada com a coordenação responsável e não só com o cuidado pessoal das diferentes necessidades médicas do paciente. Mesmo quando alguns aspectos do cuidado são delegados a outros profissionais é necessário assegurar a continuidade do cuidado com responsabilidade. Sobre esse aspecto é de fundamental importância um sistema de informação eficiente com a capacidade de permitir o fluxo dessas informações.

Para Hjortdahl (2004: 250), o conceito de continuidade deve ser revisado buscando uma inter-relação com o de médico pessoal, acesso (sem barreiras), autonomia do paciente, competência profissional e predisposição do médico compartilhar responsabilidade com o paciente e coordenar o cuidado desse paciente, quando houver necessidade de encaminhamento.

A continuidade do cuidado é potencialmente influenciada pelo maior nível de confiança entre o paciente e o médico (Mainous et al, 2001:22). Esforços para melhorar essa relação, refletem positivamente na qualidade da atenção determinando redução do uso de serviços de emergência e hospitalizações. Segundo Mainous essa relação de conhecimento e confiança proporciona uma maior efetividade no cuidado médico.

Segundo Hennen (apud Hjortdahl, 1992), o conceito de continuidade abrange cinco dimensões: relação interpessoal entre médico e paciente, cronologia (longitudinalidade), localização geográfica, interdisciplinaridade promovendo a coordenação e a integração do cuidado e a continuidade do sistema de informação (Hennen, 1975: 371).

Starfield (2002b) define o conceito de longitudinalidade como um atributo mais adequado ao cuidado primário em saúde do que o de continuidade, em razão do primeiro se traduzir por uma relação de longo tempo entre médico e paciente em suas unidades de saúde, independente do tipo de necessidade de saúde, já o segundo refere-se à intensidade da relação, ou seja, o quanto o paciente consulta com o mesmo profissional de saúde, não sendo, portanto um atributo específico da atenção primária. A longitudinalidade é orientada para o doente e a continuidade para a doença. O conceito de longitudinalidade perpassa a necessidade da atenção do usuário, pois ela ocorre mesmo sem o usuário apresentar um problema de saúde. Por ser uma relação que se constrói ao longo do tempo, há uma facilidade para se obter um atendimento integral

onde os valores do usuário passam a ser conhecidos, proporcionando a ele participar da escolha de seu tratamento e fortalecendo a autonomia desse usuário (Starfield, 2002b:247). Há um compartilhamento do poder de decisão sobre qual o melhor tratamento a seguir, baseado nas informações e conhecimento tanto do profissional quanto do paciente, fortalecendo assim o vínculo da relação. O vínculo é também uma ferramenta importante para o profissional de saúde estabelecer uma relação mais consistente entre as necessidades de saúde da população de uma mesma comunidade ou entre famílias de uma mesma comunidade, por estarem expostos a fatores sociais, ambientais ou ocupacionais. Dessa forma a busca ativa de causas de morbimortalidade podem ser melhor direcionadas, bem como a formulação de políticas de saúde e a organização dos serviços para o atendimento integral das necessidades de saúde da população (Starfield, 2002c:314).

De acordo com Starfield (2002b), essa relação de longitudinalidade pode ocorrer entre o paciente e seu médico, uma equipe multidisciplinar ou um estabelecimento de saúde. Como a longitudinalidade envolve a coordenação do cuidado do paciente, essa função torna-se mais exequível quando a relação envolve o paciente com a equipe ou com o estabelecimento de saúde. Existem muitas pesquisas que estabeleceram evidências científicas sobre a efetividade de existir uma fonte habitual de atenção relacionada a uma maior resolutividade das necessidades de saúde dos pacientes, e em consequência maior satisfação dos usuários e maior incentivo para a realização de contra referência e um menor percentual de internações (custo-efetividade), porém existem poucos estudos comparativos que avaliaram a fonte de atenção ser um profissional ou um estabelecimento de saúde (Starfield, 2002b:250).

Elias et al, (2006) compara unidades assistenciais do PSF e UBS tradicionais por extrato de exclusão social avaliando opiniões dos gestores, profissionais de saúde e usuários (Elias et al, 2006:633). A avaliação do vínculo foi positiva entre as unidades que foram comparadas, ocorrendo uma diferença significativa entre unidades do PSF e UBS somente no estrato de maior exclusão, quando o esperado seria ocorrer em todos os estratos em razão da proposta de trabalho do PSF. Nesse estudo a acessibilidade foi avaliada como a pior dimensão nos três estratos de exclusão e nos dois modelos de atenção, sugerindo dificuldades estruturais como limitação do horário de funcionamento e forma quase sempre presenciais de marcação de consultas (Elias et al, 2006:640). A comparação de opiniões entre gestores, profissionais e usuários revela uma concordância entre as dimensões estudadas, porém gestores e profissionais avaliam

melhor as dimensões do que os usuários, realçando a importância da abordagem avaliativa envolvendo os usuários (Elias et al, 2006:640).

Outro conceito abordado sobre continuidade do cuidado foi o descrito por Freeman & Hjortdahl (1997:1870) associando que o cuidado recebido pelo paciente deve ser contínuo e consistente e pode estar relacionado com uma pessoa, lugar, uma coordenação ou um registro médico comum. Para ser efetivado com sucesso é necessário que o serviço de saúde possua: excelente capacidade de transferência de informação, efetiva comunicação entre profissionais e serviços, capacidade de se ajustar às necessidades dos usuários e equipe multiprofissional em que o usuário possa estabelecer com pelo menos um desses profissionais, uma relação mais pessoal.

Freeman & Hjortdahl (1997: 1870) argumentam que o conceito de continuidade pessoal abrange empatia, responsabilidade e confiança, porém é um conceito difícil de medir, pois o mesmo não envolve apenas o tempo dessa relação.

Um estudo de revisão bibliográfica sistemática realizado por Saultz & Lochner em 2005, de textos em inglês, feita entre os anos de 1966 e 2002 no banco de dados Medline sobre continuidade interpessoal do cuidado e o impacto nos resultados e custos, evidenciou uma significativa associação entre a continuidade interpessoal e a melhoria do cuidado preventivo e redução das taxas de hospitalizações. Em relação aos custos, os autores concluíram que há necessidade de incrementar especificação e medição dos resultados para demonstrar uma associação mais direta entre redução de custos e continuidade interpessoal (Saultz & Lochner, 2005:165).

Também relacionando o custo do cuidado de saúde com o vínculo, foi realizada uma pesquisa com beneficiários do *Medicare* com mais de 65 anos nos Estados Unidos e foi feita uma comparação entre usuários com 10 anos ou mais de vínculo e usuários com um ano ou menos de vínculo. A pesquisa concluiu que a maior duração do vínculo repercutiu positivamente na redução do custo do cuidado e no número de hospitalizações causando a redução da intensidade do cuidado (Weiss & Blustein, 1996: 1700).

Campos, (1999) afirma que para se obter sucesso na criação de um novo processo de trabalho, com produção de uma nova relação entre profissionais e usuários, pautada na responsabilidade e no estímulo à autonomia é necessário ultrapassar várias barreiras como: fragmentação do processo de cuidado, a falta de comunicação entre os profissionais de saúde (estimulada pela estrutura organizacional) dificultando o trabalho multiprofissional, a não integralidade do atendimento e a baixa responsabilidade sobre o

processo saúde-doença, baseado no pronto atendimento com assistência do tipo queixa-conduta sem continuidade e o regime de trabalho por turnos ou plantões (Campos, 1999:402).

Uma avaliação de trabalho na atenção primária pode ser feita através de um estudo de caso e um exemplo disso foi a pesquisa realizada por Sala (1998). A metodologia foi realizada através da análise dos prontuários dos pacientes. Quanto ao pronto atendimento foram analisadas a sua resolutividade e capacidade de encaminhamento dos pacientes aos programas direcionados aos pacientes crônicos. Em relação aos programas foi analisada a capacidade de cobertura do programa em relação à população alvo estimada do Centro de Saúde e a adesão dos pacientes ao atendimento programático. Quanto à cobertura concluiu-se que um grupo significativo de hipertensos e diabéticos não estavam sendo assistidos no Centro de Saúde ou que nem sabiam de sua condição clínica. Quanto à adesão dos pacientes aos programas constatou-se que a maioria dos pacientes utilizava o atendimento programático, havendo menor adesão apenas nos pacientes hipertensos exclusivos que continuaram a utilizar o pronto-atendimento (Sala, 1998: 7).

Gray et al (2003) em artigo sobre a teoria da continuidade do cuidado constata que a evidência a favor da continuidade do cuidado não é universal e os autores chegaram a cinco conclusões: há evidência que a continuidade do cuidado melhora o cuidado preventivo; para doenças crônicas o resultado é menos claro especialmente para o diabetes, no entanto estudos maiores e mais rigorosos demonstram melhorias no cuidado do controle de diabetes com continuidade do cuidado; é bastante evidente a relação positiva entre continuidade do cuidado e adesão ao tratamento; também há uma boa evidência relacionando a continuidade do cuidado e a satisfação do usuário, porém os autores ressaltam a necessidade de realizar mais estudos sobre esse tema e por último que os pacientes têm vontade de ter um cuidado continuado principalmente quando a desordem é vista como um aspecto psicossocial (Gray et al, 2003:164).

Segundo Paiva et al (2006), o vínculo dos pacientes com diabetes e hipertensão às unidades de saúde é essencial para se obter uma maior adesão ao tratamento evitando ou retardando o aparecimento das complicações decorrentes destas patologias (Paiva et al, 2006:381).

Todos esses conceitos abordados sobre acolhimento e vínculo estão diretamente relacionados ao alcance de uma melhor qualidade da atenção prestada ao portador de diabetes através de ações mais efetivas e eficientes. O acolhimento será analisado nessa

pesquisa nas seguintes dimensões: atenção voltada para o doente e não a doença, acesso, humanização do atendimento, estímulo à autonomia e resolutividade de suas necessidades de saúde. A dimensão da atenção voltada para o doente analisará a relação entre o profissional de saúde e o usuário enfatizando a valorização das queixas, o respeito e a atenção ao usuário. A importância da dimensão do acesso ocorre por ser o início do processo de acolhimento e a mesma será analisada para constatar a capacidade de organização do serviço de saúde em possibilitar o atendimento das necessidades dos usuários. A dimensão da humanização da atenção analisará o respeito ao usuário, englobando suas necessidades biológicas e ou sociais para verificar se ocorreu um diálogo com esse usuário cidadão e a dimensão da autonomia foi escolhida pela importância do usuário poder estabelecer uma relação com o profissional de saúde com menor assimetria, propiciando uma escolha conjunta no tratamento e conseqüentemente uma maior adesão ao mesmo.

Quanto ao vínculo, o mesmo será analisado como uma característica desejada do processo de trabalho que propicie uma relação construída ao longo do tempo entre os usuários e sua equipe de saúde da família pautada pela confiança e responsabilidade e que também irá estimular a autonomia e a resolutividade das necessidades de saúde do usuário. Assim o vínculo será examinado nas dimensões de confiança, longitudinalidade e responsabilidade. Essas dimensões estão inter-relacionadas e propiciam uma maior efetividade do cuidado com maior adesão ao tratamento. São dimensões que se opõem à fragmentação do cuidado e a não integralidade da atenção, mas também se relacionam com outros aspectos além do cuidado pessoal, como por exemplo a coordenação do cuidado.

3. METODOLOGIA

Esse capítulo faz uma descrição da metodologia empregada na pesquisa e dos instrumentos que foram utilizados para a coleta de dados. Este estudo propõe avaliar a assistência prestada aos portadores de diabetes em uma unidade de atenção básica no Município do Rio de Janeiro quanto ao acolhimento e vínculo, e examinar as potencialidades do modelo assistencial do PSF em proporcionar acolhimento e vínculos adequados.

O desenho metodológico da pesquisa baseou-se na avaliação do processo de atenção ao portador de diabetes II assistido no Programa de Saúde da Família no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria quanto ao acolhimento e vínculo. O delineamento da pesquisa foi transversal e os instrumentos utilizados na pesquisa para a coleta de dados foram a observação participante no CSEGSF e a aplicação de questionário estruturado em amostra de portadores de diabetes selecionados em seus domicílios.

A avaliação da atenção à saúde segundo Donabedian (2003) deve considerar a estrutura, processo e resultados. Estrutura são as condições em que o cuidado é efetuado e inclui: recursos materiais, humanos e características organizacionais. O processo caracteriza-se pela atividade que constitui o cuidado em saúde, incluindo tratamento, prevenção e educação, já o resultado é definido pelas mudanças obtidas individual ou coletivamente no estado de saúde e que podem ser atribuídas ao cuidado à saúde. Contudo salienta Donabedian (2003), “estrutura, processo e resultado não são atributos de qualidade. Eles são apenas tipos de informação que podem ser obtidas, e baseando-se em cada uma, pode-se inferir se há qualidade ou não” (Donabedian, 2003:43).

Na presente pesquisa foram estudados atributos do processo de atenção ao portador de diabetes e quanto à estrutura foram avaliados instalações físicas, equipamentos disponíveis, recursos humanos e organização dos serviços no CSEGSF. Quanto ao processo, aspecto em que se deu maior ênfase, foram analisados o acolhimento e vínculo, atributos que irão refletir na qualidade do cuidado ofertado ao portador de diabetes.

No processo de pesquisa a revisão bibliográfica sobre acolhimento e vínculo foi aprofundada para identificar outras formas de abordagens e indicadores utilizados na

literatura e selecionar variáveis para construção de indicadores pertinentes para a avaliação pretendida e a elaboração dos instrumentos da pesquisa.

A observação na unidade apontou também subsídios para o desenvolvimento e aprimoramento do questionário aplicado ao usuário.

3.1 O ESPAÇO DA PESQUISA: CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA DA ENSP FIOCRUZ

O CSEGSF é uma unidade básica de saúde com oito equipes de saúde da família implantadas que também atende no modelo assistencial tradicional sendo caracterizada como uma unidade com modelo assistencial misto. O PSF foi implementado nesta unidade no ano de 2000 com a implantação das duas primeiras ESF (Parque João Goulart e Mandela de Pedra), posteriormente no ano de 2004 foram implantadas as outras seis ESF.

A seguir serão apresentados na Tabela 3 o nome da ESF e sua característica quanto à sua composição à época da observação:

Tabela 3. Nome e característica da composição das ESF do CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006

Nome da equipe	Característica
Vila Turismo	Incompleta
Parque Osvaldo Cruz	Completa
Parque João Goulart	Completa
CHP2	Completa
Samoura Machel	Incompleta
Vila São Pedro	Completa
Parque Carlos Chagas	Incompleta
Mandela de Pedra	Completa

O PSF por trabalhar com a clientela adscrita apresenta a princípio uma maior propensão a obter vínculo com os usuários, todavia a relação de trabalho e inserção profissional com vínculo empregatício precário ou celetista desses profissionais de saúde, resulta em elevada rotatividade desses profissionais principalmente quando comparados com os funcionários da rede básica de atenção que são servidores públicos estatutários. Deste modo, à época da realização da pesquisa três ESF estavam

incompletas, duas sem enfermeiro e uma sem médico, tendo ocorrido com frequência rotatividade de profissionais nessas equipes. Assim para fins de exame das potencialidades do PSF, as ESF foram agrupadas em ESF completas e ESF incompletas e os resultados do inquérito com usuários comparados entre ambos grupos de ESF.

O modelo assistencial tradicional no CSEGSF é desempenhado pelos profissionais efetivos da FIOCRUZ que atendem usuários que residem em áreas não cobertas pelo PSF ou que foram encaminhados pelos médicos do PSF para receberem atendimento especializado como, por exemplo, pacientes portadores de HIV ou geriatras que assistem aos idosos. Usuários que são assistidos por ESF sem médico são orientados em caso de necessidade, a procurar atendimento com esses profissionais e nesse caso o atendimento ocorre por demanda espontânea. Atualmente a maior parte da clientela do CSEGSF está adscrita às ESF e o atendimento tradicional vem perdendo a primazia.

A escolha do CSEGSF para a realização da pesquisa ocorreu de forma intencional e foi motivada por ser uma unidade bem estruturada e com tradição na prestação de serviços de atenção primária às comunidades do entorno, e nela coexistir os dois modelos assistenciais de atenção: PSF e Tradicional. Isto possibilitaria comparar o atendimento dos portadores de diabetes no modelo tradicional e no PSF objetivo inicial da pesquisa. Contudo, número de portadores de diabetes atendidos no modelo tradicional no banco de dados do CSEGSF era muito pequeno, composto por usuários residentes em locais muito distantes e fora da área de adscrição do centro de saúde, o que inviabilizou essa iniciativa de comparação. Assim, optou-se por fazer a comparação somente entre ESF completas e incompletas. Facilidades operacionais de desenvolver a pesquisa em uma unidade de saúde pertencente à instituição onde se realizou o mestrado também contribuíram para a escolha.

3.2 DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra de portadores de diabetes que participaram da pesquisa foi obtida do banco de dados do CSEGSF que utiliza o programa GIL (Gerenciador de Informações em Saúde). Por intermédio desse programa, foi acessado o cadastro dos pacientes diabéticos que são assistidos no Centro de Saúde e a partir desse cadastro foram selecionados usuários, por meio de uma amostra aleatória estratificada que atendessem os seguintes critérios de inclusão: ser portador de diabetes II, maior de 18 anos, estar em

tratamento há pelo menos um ano e ter se consultado no CSEGSF pelo menos uma vez no período de 2004 a 2006.

A amostra foi selecionada em dois estratos assim delimitados: usuários atendidos por ESF completas e usuários atendidos por ESF incompletas. O CSEGSF possui oito ESF e no período da definição da amostra (novembro de 2006) como mencionado cinco equipes estavam completas e três incompletas. A pesquisa considerou equipes completas as formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

O tamanho *global* da amostra foi calculado através de um modelo de amostragem aleatória estratificada, para um universo de 655 pacientes diabéticos que atendiam aos critérios de inclusão (Cochran, 1977).

Tratando-se de uma amostragem estratificada, o método de elaboração da amostra foi realizado através da partilha proporcional o qual consistiu em calcular uma amostra para cada estrato, sendo a amostra global a união das amostras dos estratos. As informações sobre a amostra estão sintetizadas na Tabela 4.

Tabela 4. Tamanho do universo e da amostra, por estrato, portadores de diabetes CSEGSF

Estrato	Tamanho Estrato (N_h)	Tamanho Amostra (n_h)
ESF completas	371	105
ESF incompletas	284	81
<i>Total</i>	<i>655</i>	<i>186</i>

3.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados na pesquisa para a coleta de dados foram o roteiro para a observação participante no CSEGSF e questionário estruturado aplicado por entrevistador nos portadores de diabetes selecionados.

A observação participante foi efetuada a partir de um roteiro pré-estabelecido que abrangeu as seguintes etapas do atendimento: agendamento de consultas, recepção e triagem, pré-consulta, consulta e reunião de grupo de diabéticos.

O questionário englobou as seguintes dimensões: perfil socioeconômico dos usuários, histórico da doença; acolhimento englobando acesso, atenção ao doente,

humanização e autonomia e; vínculo envolvendo as seguintes dimensões: confiança, longitudinalidade e responsabilidade. O questionário apresentou também uma dimensão de avaliação da assistência recebida pelo usuário (Anexo I).

Para sua elaboração inicial para algumas perguntas tomou-se por base o questionário para Pesquisa Mundial de Saúde referente à Atenção Básica (Ministério da Saúde, Fiocruz, CICT 2005).

3.4 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

No processo de observação participante o observador através do contato direto com o fenômeno a ser observado, obtém informações sobre a realidade e o contexto do objeto a ser investigado. O observador pode se envolver em todas as dimensões do grupo a ser estudado ou ter um distanciamento total do grupo, método empregado nessa pesquisa, se restringindo apenas à observação de interesse da pesquisa (Neto, 1994:60). A observação participante envolveu o processo de trabalho em saúde, onde foi efetuado o acompanhamento das diversas etapas do atendimento ao usuário na unidade básica de saúde (agendamento de consulta, recepção e triagem, pré-consulta, consulta e reunião de grupo de diabéticos). Foram efetuadas em diferentes dias da semana e com diferentes profissionais de cada uma das oito equipes do PSF e obedeceram a um roteiro previamente elaborado (Anexo II). Em cada equipe foram realizados dois dias de observação em período integral (manhã e tarde) totalizando um período de 16 dias de observação. Todos os pacientes que compareceram ao CSEGSF para consulta nesse período foram atendidos.

Todas essas informações sobre a observação participante foram registradas em um diário de campo.

3.5 INQUÉRITO COM PORTADORES DE DIABETES

O inquérito com os portadores de diabetes assistidos no CSEGSF foi realizado em suas respectivas residências, tendo como maior dificuldade para sua implementação o acesso às suas moradias e a necessidade do usuário estar presente em casa no momento da visita que não era previamente agendada. Para a realização do inquérito foi de fundamental importância a colaboração dos ACS de cada equipe para a localização e acesso aos respectivos endereços dos usuários selecionados para participar da pesquisa.

Haviam sido consideradas mais três opções para a realização do inquérito: nos dias de reunião de grupos de diabéticos, que teria a vantagem de concentrar os usuários portadores de diabetes, mas teria o viés de alcançar apenas os usuários com maior vínculo à unidade e ao programa de diabetes; ou antes das consultas onde ficaria eliminado o viés de cortesia; ou após as consultas onde existiria o viés de cortesia e, portanto o mesmo deveria ser nomeado. Nessas duas últimas opções por não haver concentração dos pacientes diabéticos em dias específicos, haveria a necessidade de visitas diárias à unidade até que se obtivesse o quantitativo mínimo da amostra necessária.

A escolha da realização do inquérito na residência do usuário foi em razão da mesma proporcionar um contato mais abrangente com as comunidades, obtendo uma visão ampliada sobre suas condições socioeconômicas e também proporcionando um maior conforto aos entrevistados.

Para Groenewegen et al (2005), a qualidade do cuidado varia bastante quando abordada na perspectiva do usuário, e sua análise é baseada na importância que ele atribui aos aspectos do cuidado e sua atual experiência com esses cuidados. Os autores relatam que há uma grande variação dessa avaliação quando comparada com diferentes países, mas especificamente em relação ao “*general practice*” a comunicação que está relacionada a aspectos do acolhimento, e a acessibilidade aos serviços foram destacadas como prioridades (Groenewegen et al, 2005:3).

Antes da aplicação e para aprimoramento foi feito pré-teste com o questionário, que foi aplicado em quatro pacientes diabéticos que constavam do banco de dados do CSEGSF e que atendiam aos critérios de inclusão, mas que não foram selecionados na amostra utilizada na pesquisa. No pré-teste foi avaliado o grau de entendimento para cada uma das perguntas sendo necessário efetuar a reformulação de duas perguntas.

Em relação às limitações dos métodos, deve-se considerar que os questionários foram aplicados com usuários já inscritos no programa e que conseqüentemente já estabeleceram alguma rotina de assistência no CSEGSF e que conseguiram acessar o sistema de saúde. O horário utilizado para aplicação dos questionários foi equivalente ao horário de trabalho dos ACS (segunda à sexta de 08:00 horas às 17:00 horas) que foi um fator limitador, tendo ocorrido perdas da amostra de usuários entrevistados que assim abrangeu apenas pessoas que estavam em casa no horário comercial.

3.6 TRABALHO DE CAMPO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O trabalho de campo foi realizado nas oito comunidades que são assistidas pelas ESF do CSEGSF que são: Parque Oswaldo Cruz, Vila Turismo, Parque João Goulart, CHP2, Samoura Machel, Vila São Pedro, Parque Carlos Chagas e Mandela de Pedra. Antes de ser iniciado o trabalho de campo, foi agendada uma reunião no centro de estudos da unidade e a pesquisa foi apresentada à direção da unidade, à coordenação do PSF e a todo corpo técnico do CSEGSF.

O questionário foi aplicado pelo mestrando com o apoio dos ACS para a localização das residências dos portadores de diabetes selecionados. O trabalho de campo iniciou-se em 24/11/06 com a observação participante do processo de atenção de cada ESF quanto ao acolhimento e vínculo e posteriormente, foram agendados com os ACS os dias para que acompanhassem a aplicação dos questionários na residência dos usuários selecionados na amostra. Cada ESF possui seis ACS e cinco exercem sua função em cada uma das cinco micro-áreas que compõem cada comunidade onde foi realizado o trabalho de campo. Um dos ACS de cada equipe é destacado para trabalhar exclusivamente com dependentes químicos.

O trabalho de campo foi concluído em 24/01/07 e o tempo de duração variou bastante entre as equipes em razão da disponibilidade de tempo do ACS de acompanhar o entrevistador até a residência do usuário, número de feriados, dias com condições climáticas muito desfavoráveis (chuva intensa) e principalmente em razão de episódios de violência urbana nessas comunidades. Somente após concluir o trabalho de campo em uma equipe é que o entrevistador passava para a equipe seguinte. Não foi possível entrevistar todos os pacientes selecionados na amostra por diversos motivos, tendo sido possível realizar apenas 53 entrevistas. O erro amostral correspondente à amostra de 53 entrevistas é de 13,6%, já considerando 10% de perda.

No processo de procura dos pacientes selecionados para realizar a entrevista foram constatados vários erros no banco de dados que incluía usuários já falecidos, usuários que não eram diabéticos, mas estavam registrados no banco como diabéticos, além de usuários que haviam mudado de endereço (o principal motivo de perda). Todavia parte dos usuários não foi entrevistado, pois mesmo após duas tentativas de procura para a entrevista estes não se encontravam no domicílio. As entrevistas foram realizadas durante os dias da semana, sendo imprescindível, por questões de segurança

física, o acompanhamento do entrevistador por ACS morador da área, dado o elevado nível de violência urbana da região. Deste modo, não foi possível ao mestrando visitar a área nos finais de semana, o que teria possibilitado maior número de entrevistas. Os motivos de perdas e não realização das entrevistas estão listados na tabela 5.

Tabela 5. Motivos de não realização de entrevistas

Motivos de não realização da entrevista	ESF completas		ESF incompletas	
	n	%	n	%
Falecimento	5	6,8	2	3,3
Mudança de endereço	35	47,9	30	50,0
Endereço incorreto	3	4,1	6	10,0
Não portador de diabetes	11	15,0	6	10,0
Não encontrado na residência	19	26,0	16	26,7
<i>Total</i>	<i>73</i>	<i>100,0%</i>	<i>60</i>	<i>100,0</i>

Quanto às características socioeconômicas das comunidades constatou-se no trabalho de campo, além da violência urbana, o elevado grau de exclusão social, condições de saneamento impróprias com ausência de tratamento de esgoto, coleta de lixo irregular causando acúmulo de detritos que atraem animais como cães, cavalos e porcos e a presença do tráfico de drogas na maioria das comunidades. A localização territorial das comunidades exerce influência no acesso dos usuários ao CSEGSF, pois a existência de barreiras físicas, como passarelas da linha do trem com escadarias que são muito íngremes, cruzamento da Rua Leopoldo Bulhões em locais sem sinais de trânsito dificultam o acesso principalmente dos usuários mais idosos. A comunidade do Parque Oswaldo Cruz é a que possui melhor condição de acesso ao CSEGSF.

Uma atividade desempenhada no trabalho de campo foi uma visita a uma rádio comunitária na qual foi efetuada uma palestra sobre o diabetes, respondendo a perguntas sobre a doença e sua relação com a obesidade, alimentação, herança genética, tipos de diabetes e formas de prevenção e promoção. Esse instrumento de divulgação é muito utilizado pela ESF dessa área e auxiliou o trabalho de campo.

Após o trabalho de campo, os dados obtidos com as respostas dos questionários foram consolidados sendo realizadas codificação das perguntas abertas e inspeção visual para controlar erros de preenchimento. A entrada de dados foi realizada por meio de uma planilha Excel com posterior revisão para constatar erros de preenchimento.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Dado não ter sido possível realizar um número suficiente de entrevistas para completar a amostra, a análise refere-se apenas ao conjunto de entrevistados e seus resultados não podem ser extrapolados para o universo de portadores de diabetes atendidos pelo CSEGSF. Deste modo não foi realizado cálculo de expansão da amostra. Um processo de calibração dos resultados foi inicialmente realizado na tentativa de diminuir a não resposta e vieses decorrentes, contudo mostrou-se inadequado devido ao número pequeno de entrevistas (Viana, 2007).

Assim sendo, os resultados são válidos para o conjunto de entrevistados, ainda que não possam ser generalizados para o universo de portadores de diabetes do CSEGSF.

Tabulação com frequências simples e relativas foram realizadas para todas as variáveis organizadas nas dimensões e subdimensões de acolhimento e vínculo. A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Para verificação de associações entre variáveis de vínculo e acolhimento com a característica das equipes – completas ou incompletas – foi efetuado teste de qui-quadrado, teste não paramétrico apropriado para variáveis categóricas nominais (Barbetta, 2004). Algumas diferenças observadas entre resultados para equipes completas e incompletas na aplicação do teste estatístico não se mostraram estatisticamente significativas, o que pode decorrer do tamanho pequeno do conjunto de entrevistados.

Após a consolidação das informações levantadas pelos diversos instrumentos, foi efetuada uma análise comparativa entre as ESF completas e incompletas do CSEGSF envolvendo o processo de atenção quanto ao acolhimento e vínculo.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e somente após sua aprovação (Parecer 68/06) foi executado o trabalho de campo. Na aplicação de questionários junto aos usuários do programa, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido. Cada participante recebeu a explicação sobre os objetivos do estudo desenvolvido, podendo o mesmo optar ou não pela participação na pesquisa. Durante todo o trabalho de campo nenhum usuário recusou-se a responder o questionário. Foram garantidas a confidencialidade das informações e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, analisando-se os dados de modo codificado, sem identificar os entrevistados.

4. AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS: RESULTADOS DO INQUÉRITO COM PORTADORES DE DIABETES II

Esse capítulo apresenta os resultados do inquérito com os portadores de diabetes II e a análise de acordo com as dimensões do questionário englobando o perfil socioeconômico dos usuários, acolhimento, vínculo e avaliação da assistência.

4.1 PERFIL DA AMOSTRA DE USUÁRIOS ENTREVISTADOS

Entre 53 usuários entrevistados há predominância do sexo feminino, pois 74% eram de mulheres. Em relação à idade os maiores percentuais de diabéticos II situam-se nas faixas etárias de 50 a 59 anos e de 70 anos ou mais ambos com 28% e seguidos pela faixa etária de 40 a 49 anos com 21%, acompanhando assim a prevalência do diabetes II que aumenta em idades mais avançadas, embora com um percentual menor de 17% na faixa etária de 60 a 69 anos (Tabela 6).

A amostra de usuários entrevistados apresenta uma renda familiar baixa com 66% do total de entrevistados com renda familiar per capita de até um salário mínimo. Dos usuários assistidos pelas ESF completas 16% pertencem à família com renda per capita de até meio salário mínimo e nas ESF incompletas esse percentual é de 34%. A maior parte das residências era habitada por uma a três pessoas (60%) e as residências com quatro a seis pessoas representavam 34% da amostra.

O nível educacional é baixo com 15% de analfabetos ou com menos de um ano de instrução (12% de usuários assistidos pelas ESF completas e 19% nas ESF incompletas). Um terço dos entrevistados (32%) possui nível elementar incompleto (1ª a 3ª série), 25% destes entre os assistidos nas ESF completas e 43% nas ESF incompletas. Dois terços dos entrevistados não completaram o ensino fundamental (76%). Outros 28% dos usuários possuem nível fundamental incompleto ou nível elementar completo (4ª a 7ª série) sendo 41% nas ESF completas e 9% nas ESF incompletas. Apenas 13% dos entrevistados possuem nível fundamental completo e 11% possuem ensino médio completo ou superior incompleto. Nenhum entrevistado possuía nível superior completo.

Tabela 6 – Perfil socioeconômico da amostra de usuários entrevistados portadores de diabetes II assistidos no CSEGSF pelas ESF, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF completas		ESF incompletas		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Idade</i>						
30 a 39 anos	1	3,1	2	9,5	3	5,7
40 a 49 anos	8	25,0	3	14,3	11	20,8
50 a 59 anos	8	25,0	7	33,3	15	28,3
60 a 69 anos	5	15,6	4	19,1	9	17,0
70 ou mais	10	31,3	5	23,8	15	28,3
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Sexo</i>						
Masculino	8	25,0	6	28,6	14	26,4
Feminino	24	75,0	15	71,4	39	73,6
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Número de pessoas no domicílio</i>						
1 a 3 pessoas	19	59,4	13	61,9	32	60,3
4 a 6 pessoas	12	37,5	6	28,5	18	34,0
7 a 11 pessoas	1	3,1	2	9,6	3	5,7
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Renda média familiar per capita</i>						
Até ½ S.M.	5	15,6	7	33,5	12	23,4
> ½ a 1 S.M.	17	53,1	6	28,5	23	42,4
> 1 a 3 S.M.	9	28,1	8	38,1	17	32,0
> 3 a 5 S.M.	1	3,1	0	0,0	1	1,9
> 5 S.M.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Nível educacional</i>						
Analfabeto ou menos de 1 ano de instrução	4	12,5	4	19,0	8	15,1
Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	8	25,0	9	42,9	17	32,1
Elementar completo ou fundamental incompleto (4ª a 7ª série)	13	40,6	2	9,5	15	28,3
Fundamental completo ou ensino médio incompleto	2	6,3	5	23,8	7	13,2
Ensino médio completo ou superior incompleto	5	15,6	1	4,8	6	11,3
Superior completo ou mais	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>

4.2 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DOS USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES II

A maior parte do total dos usuários entrevistados (74%) informou saber que estava cadastrado no programa de diabetes no CSEGSF. Esta proporção foi levemente superior entre os usuários adscritos a ESF incompletas (76%) apresentados na Tabela 7. Perguntados quanto ao tempo como portadores da doença, cerca da metade (47%) dos usuários informaram ter conhecimento de sua situação de portador de diabetes em período inferior a cinco anos, 23% apresentava a doença entre 5 e 9 anos, e cerca de 30% há 10 anos ou mais.

A grande maioria (85%) de usuários entrevistados informou saber o seu peso e apenas 60% conheciam a sua altura. Esses dois indicadores são utilizados para o cálculo do IMC (índice de massa corporal) que é o padrão internacional utilizado para avaliar o grau de obesidade.

Não foi calculado o IMC da amostra de usuários que participaram do inquérito em razão do baixo conhecimento sobre sua altura.

Um índice de massa corporal de 18,5 a 24,9 caracteriza o indivíduo com peso normal, de 25,0 a 29,9 a pré-obesidade, de 30,0 a 34,9 obesidade classe um, de 35,0 a 39,9 obesidade classe dois e de 40,0 ou mais obesidade classe três, também chamada de obesidade mórbida (Cabrera et al, 2005: 767). A elevação do IMC está diretamente relacionado com a prevalência do diabetes II (Sartorelli, 2003;30).

Tabela 7 – Características individuais dos usuários portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF Completa		ESF Incompleta		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Sabe que está cadastrado no programa de diabetes no CSEGSF</i>						
Sim	23	71,9	16	76,2	39	73,7
Não	9	28,0	5	23,9	14	26,3
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Tempo que sabe que tem diabetes (anos)</i>						
1 ano	6	18,8	4	19,0	10	18,9
De 2 a 4 anos	11	34,4	4	18,9	15	27,7
De 5 a 9 anos	5	15,7	7	33,3	12	23,3
De 10 a 11 anos	5	15,6	3	14,4	8	15,1
12 anos ou mais	5	15,5	3	14,4	8	15,1
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Sabe o peso</i>						
Sim	27	84,4	18	85,7	45	84,9
Não	5	15,6	3	14,3	8	15,1
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Qual o peso</i>						
Até 64 kg	8	25,1	4	19,0	12	22,4
De 64,1 kg até 75 kg	4	12,4	8	38,0	12	23,5
De 75,1 kg até 85 kg	8	25,1	2	9,5	10	18,3
Mais de 85 kg	7	37,5	4	33,5	11	35,7
<i>Total</i>	<i>27</i>	<i>100,0</i>	<i>18</i>	<i>100,0</i>	<i>45</i>	<i>100,0</i>
<i>Sabe a altura</i>						
Sim	22	68,8	10	47,6	32	60,4
Não	10	31,3	11	52,4	21	39,6
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Qual a altura</i>						
Até 1,57 m	7	21,8	2	9,5	9	16,5
De 1,58 m até 1,62 m	3	9,4	4	19,0	7	13,6
De 1,63 m até 1,66 m	5	15,6	3	14,4	8	15,1
Mais de 1,66 m	7	53,1	1	57,0	8	54,8
<i>Total</i>	<i>22</i>	<i>100,0</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>

4.3 ATENÇÃO PRESTADA AOS USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES II

Uma das formas de avaliar a atenção prestada ao portador de diabetes é analisar indicadores do processo de atenção e correlacionar os resultados obtidos com a proposta programática (Nemes et al, 2004:312).

A aferição do peso e pressão deve ser sempre realizada nos pacientes diabéticos em todas as consultas, pois a obesidade é um dos principais fatores de risco para o diabetes II (Sartorelli & Franco, 2003:30) e a hipertensão e o diabetes são os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, que são a principal causa de mortalidade no Brasil há algumas décadas (Ministério da Saúde, 2001: 4). Pacientes que apresentam três ou mais dos seguintes fatores: obesidade abdominal, taxas elevadas de triglicérides e baixas de HDL (lipoproteína de alta densidade) e aumento da pressão arterial são considerados portadores da síndrome metabólica, que está diretamente relacionada com o aumento do risco do diabetes e doenças cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2002:6).

As ESF completas apresentaram resultados melhores quanto à atenção prestada neste aspecto quando comparadas com as ESF incompletas, pois 78% dos usuários sempre tiveram seu peso aferido pelas equipes completas e nas equipes incompletas esse percentual foi de apenas 48% (Tabela 8). Em relação à aferição da pressão arterial os percentuais foram respectivamente de 94% e 66% também demonstrando uma melhor qualidade da assistência prestada pelas ESF completas. Os resultados da medição da glicemia capilar apresentados foram extremamente baixos em razão da falta de glicosímetro e fitas reagentes para efetuar a medição pelas ESF (96% do total de usuários nunca tiveram a glicemia capilar aferida nas consultas no CSEGSF). A observação do processo de trabalho na unidade mostra que a medição da glicose é realizada por meio de exame laboratorial feito no próprio laboratório da unidade.

Em relação à medição da circunferência abdominal 93% do total de usuários nunca tiveram esses valores aferidos não em razão de falta de equipamentos, mas sim pela ausência da incorporação dessa prática na rotina assistencial, o que caracteriza uma falha da assistência devido a reconhecida associação entre obesidade abdominal, ganho de peso e o surgimento do diabetes mellitus II (Sartorelli et al, 2006:13).

Por ser um procedimento simples a glicose plasmática em jejum é o exame laboratorial empregado para o diagnóstico do diabetes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2002:14).

O total de usuários que tiveram o resultado da glicemia informado na última consulta foi de 62% (65% nas ESF completas e 57% nas ESF incompletas) e 60% do total de usuários souberam informar esse resultado. Entre os pacientes que souberam informar o resultado, 58% do total de usuários apresentou glicemia acima de 126mg/dl, 15% apresentaram resultado acima de 111mg/dl até 126mg/dl e 27% com glicemia até 110mg/dl. Estes três valores de glicose plasmática obtidas em jejum de 8 a 12 horas caracterizam respectivamente o diabetes melito, tolerância à glicose diminuída e a glicemia normal diabetes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2002:14).

Tabela 8 – Atenção prestada aos usuários portadores de diabetes II no CSEGSF pelas ESF, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF Completa		ESF Incompleta		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>O peso é verificado nas consultas</i>						
Sempre	25	78,1	10	47,5	35	64,9
Na maioria das vezes	1	3,1	3	14,4	4	8,1
Poucas vezes	2	6,3	4	19,0	6	11,8
Nunca	4	12,5	4	19,0	8	15,3
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>A pressão é verificada nas consultas</i>						
Sempre	30	93,8	14	66,3	44	81,7
Na maioria das vezes	0	0,0	3	14,4	3	6,2
Poucas vezes	1	3,1	3	14,4	4	8,1
Nunca	1	3,1	1	4,9	2	4,0
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>A glicemia é verificada nas consultas</i>						
Sempre	2	6,3	0	0,0	2	3,8
Na maioria das vezes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Poucas vezes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nunca	30	93,8	21	100,0	51	96,2
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Na última consulta o resultado da glicemia foi informado</i>						
Sim	20	64,5	12	57,1	32	61,5
Não	11	35,5	9	42,9	20	38,5
<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>52</i>	<i>100,0</i>
<i>Sabe o último resultado da glicemia</i>						
Sim	18	56,3	14	66,7	32	60,4
Não	14	43,8	7	33,3	21	39,6
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Resultado da Glicemia</i>						
Até 110 mg/dl	4	21,1	5	35,9	9	27,2
De 111 mg/dl até 126 mg/dl	3	15,9	2	14,2	5	15,0
Mais de 126 mg/dl	12	63,6	7	49,7	19	57,6
<i>Total</i>	<i>19</i>	<i>100,0</i>	<i>14</i>	<i>100,0</i>	<i>33</i>	<i>100,0</i>
<i>A circunferência abdominal é medida na consulta</i>						
Sempre	1	3,1	0	0,0	1	1,9
Na maioria das vezes	1	3,1	0	0,0	1	1,9
Poucas vezes	1	3,1	1	4,8	2	3,8
Nunca	29	90,6	20	95,2	49	92,5
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Na última consulta foi medida a circunferência abdominal</i>						
Sim	1	6,7	0	0,0	1	3,2
Não	14	93,3	16	100,0	30	96,8
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>31</i>	<i>100,0</i>

4.4 ACOLHIMENTO

O conceito de acolhimento é complexo e multidimensional e nesta pesquisa ele foi abordado nas seguintes dimensões: acesso ao sistema de saúde na atenção primária bem como a seus insumos, atenção voltada para o doente e não apenas para a doença, humanização do atendimento e autonomia dos usuários. O acolhimento pode ser definido como uma ferramenta ou uma característica que permeia todo o processo de trabalho em saúde proporcionando qualidade na atenção facilitando o acesso e proporcionando satisfação ao usuário (Hennington, 2005:257).

4.4.1 Acesso de portadores de diabetes ao CSEGSF

A atenção primária tem como um dos seus atributos ser a porta de entrada do usuário ao SUS, dessa forma o acesso ao serviço de saúde deve ser feito sem a existência de barreiras que causem dificuldade ao fluxo de atendimento das unidades básicas (barreiras de acesso), facilitando assim a criação do vínculo entre os usuários e a equipe de saúde. O acolhimento, que envolve todo o processo de trabalho em saúde, e o vínculo são importantes ferramentas desse processo de trabalho, proporcionando qualidade à atenção com atendimento integral, continuado e resolutivo auxiliando na desconstrução das barreiras de acesso ao sistema de saúde e propiciando uma maior adesão ao tratamento de doenças crônicas. Um sistema de saúde deve proporcionar acesso aos usuários através de uma gestão eficiente dos recursos que garanta resolutividade às necessidades dos usuários e que proporcione um cuidado adequado na atenção primária evitando hospitalizações (Gervas et al, 2007:7).

Preconiza-se a realização de consultas com periodicidade entre 3 e 4 meses para pacientes estáveis e com controle satisfatório (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2002: 52). O intervalo de tempo entre as consultas de 1 a 6 meses foi relatado por 74% do total de usuários. A resposta mais frequente quanto ao intervalo de tempo da última consulta, para um terço dos pacientes foi de um a três meses, seguidos pelos intervalos de três a seis meses (25%) e até um mês (17%) conforme apresentado na Tabela 9.¹

Quanto a barreiras de acesso ao CSEGSF constata-se uma diferença entre os indicadores das ESF completas e incompletas relacionadas à pergunta sobre dificuldade de marcação de consulta, pois apenas 9% dos usuários das ESF completas sempre tiveram dificuldade para marcar consulta e nas ESF incompletas esse percentual foi de

¹ Os resultados quanto à data da última consulta estão condicionados pelo critério de seleção da amostra, que inclui pacientes que tivessem consultado no último ano.

19%. Em relação aos percentuais totais desse indicador 23% do total de usuários manifestaram sempre ou quase sempre ter dificuldades para marcar consulta enquanto 77% manifestaram pouca ou nenhuma dificuldade.

Ainda que 77% considerem ser pouco difícil marcar uma consulta, 29% dos usuários das ESF completas e 48% das ESF incompletas relataram já haver tentado marcar uma consulta e não conseguir. O maior grau de dificuldade nas ESF incompletas ocorre provavelmente em razão da ausência freqüente do profissional médico na equipe, constatado na observação da unidade.

Quanto ao tempo de deslocamento dos usuários até o CSEGSF constata-se que não foi apresentada dificuldade pelos usuários, pois 98% destes levam até 30 minutos para deslocarem-se de suas residências até o CSEGSF, dada a proximidade da unidade de saúde.

A possibilidade de agendar previamente a consulta facilita o acesso. Na pesquisa desenvolvida por Elias et al (2006) a acessibilidade foi avaliada como a pior dimensão nos três estratos de exclusão social e nos dois modelos de atenção (PSF e tradicional) sugerindo dificuldades estruturais como limitação do horário de funcionamento e forma quase sempre presenciais de marcação de consultas (Elias et al, 2006:640).

O agendamento prévio de consultas apresentou um percentual total de 43% (53% nas ESF completas e 29% nas ESF incompletas) demonstrando que o maior fluxo de acesso ao CSEGSF ocorre pela demanda espontânea e com marcante diferença entre as ESF completas e incompletas. Relacionado a esse indicador está o de deixar agendada a próxima consulta ao término de uma consulta, onde os percentuais apresentados foram de apenas 22% nas ESF completas e 14% nas ESF incompletas. Esses dois indicadores demonstram que o modelo de queixa consulta implementado no modelo tradicional de atenção básica ainda não foi superado no PSF do CSEGSF cuja proposição é uma atenção integral com ações de promoção e prevenção além do atendimento da demanda espontânea (Campos, 1999: 402).

O horário de funcionamento do CSEGSF é de 08:00 às 17:00 horas de segunda à sexta-feira justificando assim a totalidade de respostas (100%) em não conseguir agendamento de consulta em horário alternativo, criando assim uma barreira de acesso para o usuário que trabalha em horário comercial.

Tabela 9 – Acesso de portadores de diabetes II ao CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF Completa		ESF Incompleta		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Data da última consulta</i>						
Até 1 mês	8	25,0	1	4,8	9	17,0
Mais de 1 mês a 3 meses	8	25,0	9	42,9	17	32,1
Mais de 3 mês a 6 meses	7	21,9	6	28,6	13	24,5
Mais de 6 mês a 12 meses	6	18,8	3	14,3	9	17,0
Mais de 12 mês a 24 meses	2	6,3	1	4,8	3	5,7
Mais de 24 meses	1	3,1	1	4,8	2	3,8
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>É difícil marcar uma consulta no CSEGSF</i>						
Sempre	3	9,4	4	19,0	7	13,2
Na maioria das vezes	4	12,5	1	4,8	5	9,4
Poucas vezes	2	6,3	3	14,3	5	9,4
Nunca	23	71,9	13	61,9	36	67,9
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Já tentou marcar uma consulta no CSEGSF e não conseguiu</i>						
Sim	9	29,0	10	47,6	19	36,5
Não	22	71,0	11	52,4	33	63,5
<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>52</i>	<i>100,0</i>
<i>Tempo gasto do deslocamento de casa ao CSEGSF (minutos)</i>						
Até 15 minutos	25	78,2	16	76,3	41	77,4
De 16 a 30 minutos	7	21,9	4	19,1	11	20,7
Mais de 30 minutos	0	0,0	1	4,8	1	1,9
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>As consultas são agendadas previamente</i>						
Sim	17	53,1	15	28,6	23	43,4
Não	15	46,9	6	71,4	30	56,6
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Encerra uma consulta e agenda a próxima</i>						
Sim	7	21,9	3	14,3	10	18,9
Não	25	78,1	18	85,7	43	81,1
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Consegue agendar em horários alternativos</i>						
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>

4.4.2 Uso e acesso a medicamentos

O acesso aos medicamentos é um fator importante para a continuidade e adesão ao tratamento. Quanto ao tratamento medicamentoso o mesmo deve ser prescrito quando não forem atingidos níveis glicêmicos desejáveis após dieta e exercício físico (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2002:34). Do total de usuários 88% utilizam medicamentos enquanto 12% não fazem uso de terapia medicamentosa. Os usuários que utilizam medicamentos, 60% recebem o medicamento em casa e 72% recebem medicamentos no CSEGSF (Tabela 10) indicando a necessidade de ampliação de cobertura pelo Programa Remédio em Casa da Prefeitura do Rio de Janeiro.

A maior parte dos usuários entrevistados que recebem medicamento no CSEGSF necessitam retornar mensalmente (69%) a esta unidade para renovar a receita e receber nova cota de medicamentos em razão do tempo de duração da medicação, o que acaba determinando um aumento do fluxo de atendimento ao CSEGSF e que pode também induzir a uma descontinuidade do tratamento pela falta de tempo do paciente para procura freqüente da unidade de saúde. Quanto à duração do medicamento fornecido pelo Programa Remédio em Casa, dois terços dos usuários informaram duração de 6 meses o que se encontra dentro do período de tempo estipulado por este programa que é de 2 a 6 meses (SMS, Rio de Janeiro, 2006b).

Tabela 10 – Atenção prestada aos usuários portadores de diabetes II no CSEGSF pelas ESF: uso e acesso a medicamentos, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF Completa		ESF Incompleta		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Uso de medicamentos para o diabetes</i>						
Sim	29	90,6	18	85,6	47	88,4
Não	3	9,4	3	14,4	6	11,6
<i>Total</i>	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>Recebe medicamentos em casa</i>						
Sim	18	62,1	10	55,6	28	59,6
Não	11	37,9	08	44,4	19	40,4
<i>Total</i>	29	100,0	18	100,0	47	100,0
<i>Tempo de duração do remédio em casa (meses)</i>						
3m	3	16,7	2	20,0	5	17,9
4m	2	11,1	0	0,0	2	7,1
5m	2	11,1	0	0,0	2	7,1
6m	11	61,1	8	80,0	19	67,9
<i>Total</i>	18	100,0	10	100,0	28	100,0
<i>Recebe medicamentos no CSEGSF</i>						
Sim	19	65,5	15	83,3	34	72,3
Não	10	34,5	03	16,7	13	27,7
<i>Total</i>	29	100,0	18	100,0	47	100,0
<i>Tempo de duração do remédio do CSEGSF (meses)</i>						
1m	12	63,2	11	73,3	23	68,6
2m	2	10,5	1	6,7	3	8,5
3m	4	21,1	1	6,7	5	13,7
4m	1	5,3	1	6,7	2	5,9
6m	0	0,0	1	6,7	1	3,2
<i>Total</i>	19	100,0	15	100,0	34	100,0

4.4.3 Atenção à pessoa, aos portadores de diabetes II

O acolhimento é uma ferramenta de diálogo entre profissionais e usuários que envolve todo o processo de atenção. A escuta valoriza as queixas, a atenção e o respeito aos usuários (Matumoto et al, 2002:122) e quando o diálogo ocorre de forma efetiva há um ganho na qualidade da assistência que determina a satisfação do usuário favorecendo a adesão ao tratamento e a criação de vínculo entre o usuário e a unidade de saúde (Pastor, 2004:3). Os indicadores selecionados na Tabela 11 buscam avaliar estes aspectos.

Um dos indicadores de atenção à pessoa é a disponibilidade de tempo para escutar o usuário, tirar dúvidas e prestar esclarecimentos, a maior parte do total de usuários avaliou de forma positiva esse indicador, pois 85% afirmaram que sempre ou na maioria das vezes há disponibilidade de forma adequada. Para os usuários atendidos pelas ESF completas esse indicador foi avaliado positivamente por 84% dos usuários e nas ESF incompletas esse indicador foi avaliado positivamente por 67% dos usuários.

Quanto à importância dada pelos profissionais às queixas relatadas, 91% do total de usuários responderam haver ocorrido sempre ou na maioria das vezes sendo este resultado positivo, sendo 97% dos usuários assistidos pelas ESF completas e 81% pelas ESF incompletas. Esse indicador demonstra uma maior satisfação do usuário assistido pelas ESF completas.

A preocupação dos profissionais de saúde quanto à adesão ao tratamento apresentou resultado menos favorável, pois apenas 51% do total de usuários relataram que sempre ou na maioria das vezes os profissionais demonstraram essa preocupação. Quanto aos usuários atendidos pelas ESF completas 50% confirmaram sempre haver a preocupação com a adesão ao tratamento e nas ESF incompletas esse percentual foi de apenas 33%. Por outro lado, 20% dos usuários das ESF completas informaram nunca haver essa preocupação e nas ESF incompletas esse percentual foi de 43%, demonstrando assim uma maior insatisfação desses usuários.

A grande maioria dos usuários entrevistados (85%) considera que os profissionais de saúde do CSEGSF tentam atender às suas necessidades de saúde sempre ou na maioria das vezes (91% nas ESF completas e 76% nas incompletas). A preocupação com a saúde dos pacientes foi sempre ou na maioria das vezes considerada positiva por 85% do total de usuários havendo diferença de menos de 1% entre os usuários assistidos pelas ESF completas e incompletas.

O tempo de duração da consulta foi considerado sempre ou na maioria das vezes adequado por 89% do total de usuários (91% nas ESF completas e 86% nas ESF incompletas).

Tabela 11 – Atenção à pessoa no atendimento de portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF Completa		ESF Incompleta		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Tempo para escutar, tirar dúvidas e prestar esclarecimentos</i>						
Sempre	27	84,4	14	66,7	41	77,4
Na maioria das vezes	1	3,1	3	14,3	4	7,5
Poucas vezes	4	12,5	3	14,3	7	13,2
Nunca	0	0,0	1	4,8	1	1,9
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Profissionais dão importância às queixas</i>						
Sempre	29	90,6	14	66,7	43	81,1
Na maioria das vezes	2	6,3	3	14,3	5	9,4
Poucas vezes	1	3,1	3	14,3	4	7,5
Nunca	0	0,0	1	4,8	1	1,9
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Preocupação sobre dificuldades do paciente seguir o tratamento</i>						
Sempre	15	50,0	7	33,3	22	43,1
Na maioria das vezes	3	10,0	1	4,8	4	7,8
Poucas vezes	6	20,0	4	19,0	10	19,6
Nunca	6	20,0	9	42,9	15	29,4
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>51</i>	<i>100,0</i>
<i>Profissionais tentam atender às necessidades dos pacientes</i>						
Sempre	25	78,1	15	71,4	40	75,5
Na maioria das vezes	4	12,5	1	4,8	5	9,4
Poucas vezes	2	6,3	3	14,3	5	9,4
Nunca	1	3,1	2	9,5	3	5,7
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Preocupação com a saúde dos pacientes</i>						
Sempre	24	75,0	15	75,0	39	75,0
Na maioria das vezes	3	9,4	2	10,0	5	9,6
Poucas vezes	4	12,5	2	10,0	6	11,5
Nunca	1	3,1	1	5,0	2	3,8
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>20</i>	<i>100,0</i>	<i>52</i>	<i>100,0</i>
<i>Tempo de consulta adequado</i>						
Sempre	26	81,3	16	76,2	42	79,2
Na maioria das vezes	3	9,4	2	9,5	5	9,4
Poucas vezes	3	9,4	2	9,5	5	9,4
Nunca	0	0,0	1	4,8	1	1,9
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>

4.4.4 Humanização do atendimento

O acolhimento contribui com a humanização do atendimento e visa obter condições de equidade na utilização de serviços de saúde através do ordenamento da oferta desses serviços de acordo com as necessidades dos usuários melhorando a qualidade do processo de atenção (Merhy, 1994:121).

A recepção de uma unidade de saúde é o local onde o paciente tem o primeiro contato com os profissionais da unidade e no CSEGSF 96% do total de usuários afirmaram que sempre ou na maior parte das vezes são bem recebidos e todos (100%) relataram que sempre ou na maior parte das vezes são tratados com respeito, demonstrando a humanização do atendimento na porta de entrada do CSEGSF (tabela 12).

Szwarcwald et al (2006) demonstraram que o tempo médio de espera no primeiro serviço de procura entre pacientes do SUS é maior do que nos pacientes não SUS, variando de 87 a 160 minutos (Szwarcwald et al 2006: 651). Quanto ao tempo de espera, cerca de metade do total de usuários (49%) aguardou até 30 minutos seguidos por 23% dos usuários que aguardaram entre 61 e 120 minutos e por 13% que aguardaram de 31 a 60 minutos. Dos usuários assistidos pelas ESF completas 56% aguardaram até 30 minutos, 16% aguardaram de 31 a 60 minutos e 16% aguardaram de 61 a 120 minutos. Já os assistidos pelas ESF incompletas, 38% aguardaram até 30 minutos, 33% aguardaram de 61 a 120 minutos e 9% aguardaram de 31 a 60 minutos.

O conforto das instalações foi avaliado positivamente por 81% do total de usuários e a limpeza por 96%.

O CSEGSF não possui glicosímetros para aferir a glicemia dos pacientes e relacionado ao acesso a medicamentos, condição essencial para a continuidade e adesão ao tratamento, examinado em relação à satisfação do usuário quanto à disponibilidade de medicamentos foi considerado muito bom ou bom por 70% do total de usuários que avaliaram positivamente esse aspecto, apesar de apenas 60% dos usuários do CSEGSF estarem cadastrados no programa Remédio em Casa, conforme apresentado na tabela 10.

Tabela 12 – Indicadores de humanização: recepção, espera, conforto e disponibilidade de insumos no atendimento de portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF Completa		ESF Incompleta		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>É bem recebido no CSEGSF</i>						
Sempre	27	84,4	18	85,7	45	84,9
Na maioria das vezes	4	12,5	2	9,5	6	11,3
Poucas vezes	1	3,1	0	0,0	1	1,9
Nunca	0	0,0	1	4,8	1	1,9
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>É tratado com respeito na Unidade de Saúde</i>						
Sempre	31	96,9	21	100,0	52	98,1
Na maioria das vezes	1	3,1	0	0,0	1	1,9
Poucas vezes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Tempo de espera no CSEGSF (minutos)</i>						
Até 30	18	56,4	8	38,1	26	49,2
De 31 a 60	5	15,6	2	9,5	7	13,2
De 61 a 120	5	15,6	7	33,4	12	22,6
121 ou mais	4	12,4	4	19,0	8	15,1
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>23</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Condições de instalação no CSEGSF – conforto</i>						
Ruins	1	3,1	1	4,8	2	3,8
Pouco Satisfatórias	6	18,8	2	9,5	8	15,1
Boas	21	65,6	18	85,7	39	73,6
Muito Boas	4	12,5	0	0,0	4	7,5
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Condições de instalação no CSEGSF – limpeza</i>						
Ruins	0	0,0	1	4,8	1	1,9
Pouco Satisfatórias	1	3,1	0	0,0	1	1,9
Boas	24	75,0	13	61,9	37	69,8
Muito Boas	7	21,9	7	33,3	14	26,4
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Condições quanto à disponibilidade de glicosímetro e fitas reagentes</i>						
Ruins	32	100,0	21	100,0	100,0	100,0
Pouco Satisfatórias	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Boas	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Muito Boas	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Condições quanto à disponibilidade de medicamentos</i>						
Ruins	3	9,4	3	14,3	6	11,3
Pouco Satisfatórias	6	18,8	4	19,0	10	18,9
Boas	16	50,0	8	38,1	24	45,3
Muito Boas	7	21,9	6	28,6	13	24,5
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>

4.4.5 Autonomia dos pacientes

A autonomia do paciente deve ser valorizada e para isso é importante o seu autoconhecimento sobre sua patologia. O diálogo entre o médico e o paciente contribui para essa autonomia e no CSEGSF 70% do total de usuários assistidos informaram possuir um bom ou muito bom conhecimento sobre o diabetes, enquanto 30% disseram que tinham pouco ou um mau conhecimento sobre o diabetes (tabela 13).

As perguntas relacionadas à existência de diálogo entre o médico e o paciente e se o mesmo apresenta alternativas de tratamento refletem a importância de haver uma melhor relação entre médicos e pacientes, fator esse que influencia a humanização da assistência e a satisfação do usuário quanto à qualidade do serviço prestado (Caprara & Rodrigues, 2004:139).

Teixeira (2003) define o acolhimento como uma “técnica comunicacional principal das atividades de um serviço de saúde” que busca um entendimento para que haja a satisfação das necessidades dos usuários (Teixeira, 2003:106). O diálogo entre o paciente e o médico foi relatado como sempre ocorrendo por 83% do total de usuários (88% dos usuários das ESF completas e 76% das ESF incompletas), porém apenas 19% do total de usuários relataram sempre haver ou na maior parte das vezes apresentação de alternativas de tratamento relatadas pelos médicos. O tratamento do diabetes mellitus inclui uso de medicamentos, medidas de educação, alteração do comportamento e estilo de vida (que é difícil de ser obtido) com inclusão de atividade física e um plano de hábitos alimentares. Para esse resultado ser alcançado, deve ocorrer um diálogo entre paciente e médico com um estímulo constante que favoreça a adesão ao tratamento pelo usuário.

Tabela 13 – Autonomia dos usuários portadores de diabetes II atendidos no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF Completa		ESF Incompleta		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Autoconhecimento sobre a doença após estar sendo atendido no CSEGSF</i>						
Ruins	5	15,6	3	14,3	8	15,1
Pouco Satisfatórias	6	18,8	2	9,5	8	14,8
Boas	15	46,9	14	66,7	29	55,3
Muito Boas	6	18,8	2	9,5	8	14,8
<i>Total</i>	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>Conversa com o médico sobre seu tratamento</i>						
Sempre	28	87,5	16	76,2	44	82,5
Na maioria das vezes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Poucas vezes	3	9,4	4	19,0	7	13,6
Nunca	1	3,1	1	4,8	2	4,0
<i>Total</i>	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>O médico apresenta alternativas de tratamento</i>						
Sempre	6	18,8	1	4,8	7	13,2
Na maioria das vezes	2	6,3	1	4,8	3	5,7
Poucas vezes	4	12,5	2	9,5	6	11,3
Nunca	20	62,5	17	81,0	37	69,8
<i>Total</i>	32	100,0	21	100,0	53	100,0

4.5 VÍNCULO

O conceito de vínculo, assim como o de acolhimento é complexo e multidimensional e nesta pesquisa foram abordadas as seguintes dimensões do vínculo: confiança, responsabilidade, continuidade e longitudinalidade. Um processo de trabalho onde o vínculo é construído nas dimensões estudadas irá refletir em uma assistência não fragmentada, com alto percentual de resolutividade, influenciando positivamente na satisfação do usuário. O vínculo é uma característica almejada do processo de trabalho em saúde e que se forma com uma assistência prestada ao longo do tempo

proporcionando qualidade no processo de atenção, aumentando a efetividade e a adesão ao tratamento do paciente diabético.

4.5.1 Indicadores de vínculo, quanto à confiança

Quanto ao local de eleição para o tratamento do diabetes, 69% dos usuários assistidos pelas ESF completas afirmaram que sempre procuram o CSEGSF e 88% sabiam dizer o nome do médico que o atende. Nas ESF incompletas 76% afirmaram que sempre procuram o CSEGSF para o tratamento do diabetes e 91% sabiam dizer o nome do médico (usuários que buscam atendimento nas ESF incompletas que não possuem médico são encaminhados para os médicos do CSEGSF que atendem no modelo tradicional) e os pacientes conhecem seus nomes (Tabela 14).

A continuidade do cuidado é fortemente influenciada pelo maior nível de confiança entre o paciente e o médico (Mainous et al, 2001:22) e a confiança dos usuários do CSEGSF nos seus médicos é bem evidente, pois 98% do total de usuários afirmaram confiar nesse profissional. A possibilidade de escolha do médico apresenta percentual baixo (2%) em razão de esse profissional ser responsável por uma população pertencente a uma área adscrita. Quanto à orientação sobre a receita caso não entendam, 94% do total de usuários informaram que a requerem, mas com uma variação de 7% no percentual entre os usuários das ESF (97% nas equipes completas e 90% nas equipes incompletas).

A grande maioria dos usuários (98%) considera os profissionais do CSEGSF habilitados para desempenhar ações com resolutividade na assistência (Tabela 14).

Tabela 14 – Indicadores de vínculo quanto à confiança no atendimento aos portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF Completa		ESF Incompleta		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Sempre trata no CSEGSF</i>						
Sim	22	68,8	16	76,2	38	71,7
Não	10	31,3	5	23,8	15	28,3
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Sabe o nome do médico no CSEGSF</i>						
Sim	28	87,5	19	90,5	47	88,7
Não	4	12,5	2	9,5	6	11,3
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Confia no médico</i>						
Sim	32	100,0	20	95,2	52	98,1
Não	0	0,0	1	4,8	1	1,9
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Pode escolher o médico</i>						
Sim	1	3,2	0	0,0	1	1,9
Não	30	96,8	21	100,0	51	98,1
<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>52</i>	<i>100,0</i>
<i>Se não entender a receita, pede orientações</i>						
Sim	31	96,9	19	90,5	50	94,3
Não	1	3,1	2	9,5	3	5,7
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Considera os profissionais habilitados para resolver os problemas de saúde</i>						
Sim	31	96,9	21	100,0	52	98,1
Não	1	3,1	0	0,0	1	1,9
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>

4.5.2 Indicadores de vínculo, quanto à responsabilidade

A demonstração sobre a preocupação dos médicos com o cumprimento de suas orientações foi relatada por 77% do total de usuários que afirmaram que o médico pergunta sobre possíveis dificuldades para o cumprimento dessas orientações. Esta preocupação facilita a adesão ao tratamento. A grande maioria dos usuários (96%) avaliou que os médicos se preocupam em prestar o melhor atendimento com pequena variação entre as ESF (97% nas ESF completas e 95% nas ESF incompletas) o que evidencia um processo de trabalho onde a relação médico-paciente favorece a criação do vínculo.

A orientação sobre dieta foi relatada por 84% dos usuários das ESF completas e por 62% dos usuários das ESF incompletas, porém ao se indagar sobre o cumprimento dessas orientações o percentual de usuários se igualou em 50% para cada tipo de equipe. A orientação sobre atividade física foi relatada por 84% dos usuários das ESF completas e por apenas 57% nas ESF incompletas e o cumprimento dessa orientação é seguido por apenas 44% dos usuários das ESF completas e 24% nas ESF incompletas. Quanto à orientação sobre o benefício da adesão ao tratamento 91% dos usuários das ESF completas informaram que a receberam e nas ESF incompletas esse percentual foi de apenas 57%. Neste aspecto pode ser indicada uma maior qualidade da assistência proporcionada pelas ESF completas com foco nas ações de promoção e prevenção que refletem na saúde dos pacientes e na maior adesão em relação à prática de exercícios físicos pelos usuários assistidos pelas ESF completas.

Foi aplicado teste estatístico para verificar a significância da associação entre duas variáveis utilizando o teste de associação qui-quadrado, teste exato de Fisher e a correção de continuidade de Yates de acordo com a verificação da adequação das frequências esperadas. Para frequências maiores ou iguais a cinco foi utilizado o teste do qui-quadrado, para frequência menor que cinco foi aplicado o teste exato de Fisher e para frequência entre cinco e dez foi aplicado a correção de continuidade de Yates (Barbetta, 2004: 250).

Foi estabelecido o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e quando a probabilidade de significância, ou valor (p), fosse menor que 0,05 pode-se afirmar que há significância estatística entre as variáveis.

Nem todos os pacientes que recebem orientações sobre dieta ou atividade física as seguem, contudo foi observada associação estatisticamente significativa ($p = 0,001$) entre o paciente ter recebido orientações sobre dieta ou atividade física e seguir essas

orientações. Foram cruzadas também as variáveis pacientes que seguem orientações de dieta e ou atividade física com a variável “profissional explica sobre os benefícios de cumprir sobre essas orientações” encontrando-se uma associação com significância estatística ($p = 0,048$). Esses resultados indicam ser necessário incentivar os profissionais e equipes para orientar com maior frequência seus pacientes e explicar os benefícios das mudanças de estilo de vida.

Tabela 15 – Indicadores de vínculo quanto à responsabilidade no atendimento de usuários portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF Completa		ESF Incompleta		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>O médico se preocupa em prestar o melhor atendimento</i>						
Sim	31	96,9	20	95,2	51	96,2
Não	1	3,1	1	4,8	2	3,8
Total	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>O médico pergunta se vai conseguir seguir às orientações</i>						
Sim	25	78,1	16	76,2	41	77,4
Não	7	21,9	5	23,8	12	22,6
Total	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>Orientação médica quanto à dieta na última consulta</i>						
						<i>p=0,001</i>
Sim	27	84,4	13	61,9	40	75,5
Não	5	15,6	8	38,1	13	24,5
Total	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>Paciente segue as orientações sobre as dietas</i>						
Sim	16	50,0	10	50,0	26	50,0
Não	16	50,0	10	50,0	26	50,0
Total	32	100,0	20	100,0	52	100,0
<i>Orientação médica quanto a atividades físicas regulares na última consulta</i>						
						<i>p=0,001</i>
Sim	27	84,4	12	57,1	39	73,6
Não	5	15,6	9	42,9	14	26,4
Total	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>Paciente segue as orientações sobre atividades físicas regulares</i>						
Sim	14	43,8	5	23,8	19	35,8
Não	18	56,3	16	76,2	34	64,2
Total	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>O profissional de saúde explica sobre os benefícios de cumprir essas orientações</i>						
						<i>p=0,048</i>
Sim	29	90,6	12	57,0	41	76,0
Não	3	9,4	9	43,0	12	24,0
Total	32	100,0	21	100,0	53	100,0

4.5.3 Indicadores de vínculo, quanto a longitudinalidade

O conceito de vínculo também está relacionado com a coordenação do cuidado e ao seu acompanhamento ao longo do tempo e não só com o cuidado pessoal das diferentes necessidades de saúde do paciente (Hjortdahl, 2004:250). A longitudinalidade é uma característica da duração da relação (ao longo do tempo) entre médico e paciente e não sobre a intensidade dessa relação, sendo considerado um atributo específico da atenção primária em saúde (Starfield, 2002b:247) justificando a importância da pergunta se o médico pede para o paciente retornar após ser encaminhado para outra unidade de saúde. Este indicador apresentou a seguinte resposta: 75% dos usuários assistidos pelas ESF completas informaram que o médico pede para o paciente retornar e nas ESF incompletas esse percentual foi de apenas 50% (Tabela 16).

Um indicador para avaliar a continuidade do cuidado é o número de consultas realizadas pelo mesmo profissional. Não se observa diferença muito importante nas respostas entre ESF completas e incompletas com 59% nas ESF completas e 72% nas ESF incompletas tendo realizado até cinco consultas com o mesmo médico. Chama a atenção as respostas dos usuários das ESF incompletas que quase um terço (29%) realizaram 6 ou mais consultas com o mesmo médico. No CSEGSF ainda que as ESF estejam incompletas, o atendimento é prestado pelos outros médicos que não integram o PSF e que já atuavam na unidade antes da implantação do programa, o que pode explicar o elevado número de consultas com um mesmo profissional.

O intervalo de tempo entre as consultas apresentou os maiores percentuais nos seguintes intervalos: 43% (entre um e três meses) e 25% (entre três e seis meses). Quanto à possibilidade de o paciente trocar de médico, 98% do total de usuários informaram que não podem, o que seria de se esperar em razão do modelo assistencial do PSF que adscrive a população de uma determinada área para ser assistida por apenas uma ESF.

O total de usuários que foram assistidos em outra unidade de saúde nos últimos doze meses para tratar o diabetes foi de 36% sendo a maior parte dos usuários (64%) assistida apenas no CSEGSF. Este valor de 64% é próximo ao número total de usuários que sempre se tratam no CSEGSF (72%).

Tabela 16 – Indicadores de vínculo quanto à longitudinalidade no atendimento de usuários portadores de diabetes II no CSEGSF, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF Completa		ESF Incompleta		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Continua o acompanhamento quando encaminhado para outra unidade(entre os que foram encaminhados)</i>						
Sim	6	75,0	2	50,0	8	66,7
Não	2	25,0	2	50,0	4	33,3
<i>Total</i>	8	100,0	4	100,0	12	100,0
<i>Número de consultas com o mesmo médico</i>						
Até 2 consultas	7	21,9	4	19,1	11	20,7
De 3 a 5 consultas	12	37,5	11	52,4	23	43,9
De 6 a 9 consultas	5	15,7	5	23,8	10	19,2
10 consultas ou mais	8	24,9	1	4,8	9	16,3
<i>Total</i>	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>Intervalo de tempo entre consultas</i>						
Mais de 1 mês a 3 meses	14	43,8	9	42,9	23	43,3
Mais de 3 meses a 6 meses	7	21,9	6	28,6	13	24,7
Mais de 6 meses a 12 meses	5	15,6	5	23,8	10	19,2
Mais de 12 meses a 24 meses	5	15,6	1	4,8	6	11,0
Mais de 24 meses	1	3,1	0	0,0	1	1,8
<i>Total</i>	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>Pode trocar de médico se desejar</i>						
Sim	1	3,1	0	0,0	1	1,9
Não	31	96,9	21	100,0	52	98,1
<i>Total</i>	32	100,0	21	100,0	53	100,0
<i>Número de outras unidades que buscou atendimento nos últimos doze meses</i>						
0	19	59,4	15	71,4	34	64,2
1	13	40,6	6	28,6	19	35,8
<i>Total</i>	32	100,0	21	100,0	53	100,0

4.6 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PELO USUÁRIO

A avaliação da atenção recebida no CSEGSF foi positiva. A localização do CSEGSF foi apontada como o principal motivo para a escolha desta unidade por 72% do total de usuários (tabela 17).

Elias et al (2006) efetuaram uma comparação de opiniões entre gestores, profissionais e usuários das oito dimensões da atenção básica formulada por Starfield e a pesquisa concluiu que gestores e profissionais avaliaram melhor as dimensões do que os usuários (Elias et al, 2006:640), sendo as respostas dos usuários as mais cr

A maioria dos usuários (77%) avaliou como muito bom o atendimento no CSEGSF (nota 10 a 8,1) sendo este percentual de 84% dos usuários assistidos pelas ESF completas e 67% pelas ESF incompletas. Quase a totalidade dos usuários, 96% dos usuários, manifestou a intenção de continuar a ser atendido no CSEGSF, possibilitando a continuidade do cuidado e que os usuários possam ser conhecidos pelas ESF, fortalecendo assim o vínculo entre usuários e unidade de saúde.

Tabela 17 – Avaliação da assistência prestado no CSEGSF pelo usuário portador de diabetes II, Rio de Janeiro, 2006

Características	ESF Completa		ESF Incompleta		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Principal motivo que fez escolher o CSEGSF</i>						
Localização	21	65,6	17	81,0	38	71,7
Confiança na equipe de saúde	4	12,5	2	9,5	6	11,3
Disponibilidade de conseguir atendimento	1	3,1	0	0,0	1	1,9
Foi cadastrado pelo ACS	3	9,4	1	4,8	4	7,5
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Conseguir remédio	3	9,4	0	0,0	3	4,7
Perdeu plano empresa	0	0,0	1	4,8	1	2,5
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Nota para o atendimento</i>						
10 – 8,1	27	84,4	14	66,7	41	77,4
8,0 – 6,1	4	12,5	2	9,5	6	11,3
6,0 – 4,1	0	0,0	3	14,3	3	5,7
4,0 – 2,1	1	3,1	0	0,0	1	1,9
2,0 – 0,0	0	0,0	2	9,5	2	3,8
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>53</i>	<i>100,0</i>
<i>Paciente quer continuar sendo atendido no CSEGSF</i>						
Sim	30	96,8	20	95,2	50	96,2
Não	1	3,2	1	4,8	2	3,8
<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>100,0</i>	<i>21</i>	<i>100,0</i>	<i>52</i>	<i>100,0</i>

5. ACOLHIMENTO NA UNIDADE: RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO

Esse capítulo apresenta os resultados da observação participante no CSEGSF. A observação foi focada no fluxo de atendimento abrangendo a recepção do usuário, agendamento de consultas, atendimento da demanda espontânea e dos usuários com consultas agendadas, realização de exames laboratoriais e uma descrição da estrutura física do CSEGSF.

5.1 ATENDIMENTO DO PACIENTE DIABÉTICO NO CSEGSF

Cada equipe de saúde da família organiza seu processo de trabalho de modo diferente e as consultas com o médico de família são agendadas de acordo com o tipo de programa de assistência prestada: puericultura e pediatria, pré-natal, ginecologia e clínica médica. Não há utilização de um protocolo clínico de atendimento nas consultas com o paciente diabético.

Após a consulta, se houver prescrição de algum medicamento o usuário leva uma via da receita (são feitas duas vias) para a farmácia a fim de receber a medicação prescrita. Só recebem medicamentos os usuários com o cartão do CSEGSF e com uma via da receita médica. Algumas vezes foi observado que os profissionais que prescrevem não são informados sobre quais medicamentos estão disponíveis na farmácia acarretando o retorno do usuário ao médico para ele substituir o medicamento em falta.

Em relação ao atendimento dos pacientes diabéticos foi constatado que o CSEGSF não possui disponibilidade de equipamentos completos para medir a glicemia capilar e, portanto durante a observação esse procedimento não foi realizado pelos profissionais.

No atendimento médico foi observada a orientação quanto à dieta, mas sem uma maior preocupação com a adesão do paciente.

Todos os pacientes que procuraram o CSEGSF para a consulta foram atendidos.

5.2 FLUXO DE ATENDIMENTO E AGENDAMENTO DE CONSULTAS

O fluxo de atendimento ocorre da seguinte forma: se o usuário não estiver com a consulta agendada ele comparece ao CSEGSF com o seu cartão de usuário e aguarda na fila de espera do lado de fora do CSEGSF. Essa fila se forma por volta de 6:00 horas. Às 7:30 horas os seguranças do CSEGSF abrem as portas da unidade e os usuários entram, colocam seu cartão de inscrição em cada uma das oito caixas de madeira com o nome da equipe do PSF e se dirigem ao setor de espera aguardando serem chamados pelo ACS para o atendimento médico. Na entrada do CSEGSF existem dois bancos de cimento que não são suficientes para todos os usuários aguardarem sentados e geralmente os pacientes aguardam fora do CSEGSF de pé em situação de pouco conforto. Os usuários que chegam primeiro no CSEGSF serão os primeiros a serem atendidos pelos médicos. O ACS que estiver trabalhando com o médico no dia é responsável por recolher os cartões dos usuários, requisitar seu prontuário no setor de documentação e encaminhar os pacientes para o atendimento médico. Esse médico pode ser o médico da equipe do PSF ou um médico do CSEGSF que atende os usuários que residem em áreas não cobertas pelo PSF ou em áreas cuja equipe do PSF esteja sem médico. O atendimento da demanda espontânea ocorre quase sempre pela manhã.

Existem duas formas de agendamento de consultas: através do comparecimento do usuário ao CSEGSF ou por intermédio do ACS que pode efetuar a marcação de consulta durante a visita domiciliar de acordo com a disponibilidade da agenda do médico. Não há marcação e nem confirmação de consultas por telefone.

Se o usuário está com a consulta agendada (geralmente à tarde) o tempo de espera para o atendimento é menor, mas as consultas são marcadas por turno (manhã ou tarde) e não por hora, sendo os pacientes atendidos também por ordem de chegada dentro daquele turno.

Nas equipes completas em que os profissionais estavam há mais tempo na função, foi observado um trabalho mais coordenado entre médico e enfermeiro e que refletiam no desempenho com mais qualidade dos ACS em seu trabalho de campo.

No primeiro dia da observação em uma equipe incompleta havia cinco pacientes agendados, mas apenas um compareceu. Houve também o atendimento clínico de 17 pacientes que foram atendidos ao passarem pela triagem do CSEGSF caracterizando um grande volume de atendimento através da demanda espontânea. Em outro dia de

observação nessa equipe dos oito pacientes com consultas agendadas somente dois compareceram. O profissional médico da equipe fez o seguinte relato: “eu não gosto de ambulatório e sim de emergência porque é o que resolve”. Essa equipe não possui profissional de enfermagem e a técnica de enfermagem junto com o ACS auxilia o profissional médico no atendimento.

Os ACS das ESF incompletas efetuam seu trabalho com baixa supervisão, e os conceitos de acolhimento e vínculo não são aplicados de forma efetiva. Alguns dos usuários do CSEGSF dessa comunidade que mais precisam de assistência, muitas vezes não a recebem. Por mais de uma vez foi ouvida a seguinte frase: “*esse paciente não tem jeito, não adianta insistir*” indicando baixa disponibilidade para construção de vínculo.

O grande número de faltas nas consultas agendadas foi uma constatação da observação com exceção de uma ESF completa onde ocorreu apenas uma falta em um total de doze consultas agendadas e nenhuma falta no segundo dia da observação. Nas outras equipes, a relação de faltas nas consultas agendadas apresentou a seguinte proporção: quatro faltas em oito consultas agendadas, quatro faltas em seis consultas agendadas, três faltas em oito consultas agendadas, três faltas em seis consultas agendadas.

5.3 ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

O atendimento da demanda espontânea é realizado quase sempre pela manhã e esse é o procedimento mais utilizado pelos usuários que buscam o CSEGSF para atendimento médico. Usuários que pertençam a uma comunidade sem médico ou que procuram o atendimento sem agendar a consulta são atendidos através da demanda espontânea. Devido ao grande número de usuários que são atendidos, as consultas são realizadas em tempo menor do que as consultas agendadas. Um médico e uma auxiliar do CSEGSF efetuam esse atendimento. Não foi observada demanda reprimida no período da observação, com exceção de dois usuários que não conseguiram ser atendidos no dia, porém tiveram suas consultas agendadas para uma data próxima.

5.4 ESTRUTURA FÍSICA

O CSEGSF possui uma recepção confortável com cadeiras, televisão, bebedouros, banheiro masculino e feminino e um aparelho para lazer infantil. Há uma empresa contratada com funcionários que fazem a limpeza da unidade (três vezes ao

dia) e outra com dois seguranças que ficam na recepção e acabam prestando muitas informações a todos que se dirigem ao CSEGSF. O momento de maior desconforto ocorre na chegada dos usuários antes do centro de saúde abrir já que a área externa quase não possui bancos e os pacientes têm que aguardar muitas vezes em pé a abertura da unidade.

As comunidades são localizadas próximo ao CSEGSF, porém muitos pacientes idosos têm dificuldade de acessar a unidade em razão de barreiras físicas como a travessia da Rua Leopoldo Bulhões, passarelas íngremes construídas com degraus para ultrapassar a linha do trem, ausência de sinal de trânsito em frente ao portão de entrada da Fiocruz que dá acesso ao CSEGSF.

As instalações do CSEGSF não dispõem de consultórios suficientes para comportar todos os profissionais e isso acaba causando conflitos entre os profissionais que trabalham no CSEGSF (principalmente entre os profissionais do PSF e os que atendem no modelo tradicional) afetando a qualidade do atendimento, pois muitas vezes o médico tem que interromper o atendimento clínico para trocar de consultório. Por não haver espaço físico definido para o atendimento prestado pelas equipes, a cada dia o médico do PSF atende em um consultório diferente, dificultando que os usuários conheçam o local de atendimento e se dirijam ao setor de espera próximo à sala onde o médico da equipe está atendendo. Entre os usuários é percebido o desconforto no setor de espera, pois muitas vezes os usuários têm dificuldade de ouvir o ACS chamar o seu nome. O CSEGSF encontrava-se em obras e na época da observação isso também provocava grande desconforto ao paciente em razão do barulho e poeira.

Em um dia da observação o profissional médico foi obrigado a trocar de sala três vezes influenciando negativamente na qualidade da atenção prestada.

O Ministério da Saúde recomenda em seu manual de estrutura física das unidades básicas de saúde da família que não coexista em uma mesma área física os dois modelos de atenção e que no caso das ESF, que não haja mais de três equipes em uma mesma área física (Ministério da Saúde, 2006). Estas recomendações não são contempladas no CSEGSF.

Por outro lado há uma sala no CSEGSF exclusiva para receber usuários dependentes químicos e alcoólatras com uma televisão e vídeo onde são realizadas várias palestras para esses pacientes. Cada ESF destaca um ACS que se dedica exclusivamente a esses pacientes e que contam com o apoio de profissionais (residentes

de psicologia) do CSEGSF para trabalhar com essa patologia extremamente complexa, o que mostra preocupação com a prestação do cuidado integral.

5.5 REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

O laboratório de análises clínicas encontrava-se em obras no período da realização da observação e só estava atendendo vinte usuários por dia. Com isso, esses pacientes chegavam ao centro de saúde por volta de 4:00 horas e tinham que aguardar até às 7:00 horas para iniciar a distribuição dos números. Às 8:00 horas era iniciada a coleta do material. No portão de entrada do centro de saúde são formadas duas filas, uma para exames laboratoriais e outra para consultas.

Pacientes diabéticos devem fazer jejum de 12:00 horas antes de realizar o exame e esse procedimento acaba limitando o atendimento da demanda de exames laboratoriais. Exames de frutossamina e hemoglobina glicosilada não são realizados, apesar de serem exames que permitem avaliar a glicemia do paciente nos períodos de um e três meses após a coleta, respectivamente. A hemoglobina glicosilada é considerada o melhor exame para avaliar o controle glicêmico do paciente sendo indicada para pacientes diabéticos do tipo I e II. Sua formação é diretamente proporcional à concentração sérica de glicose, assim quanto mais alta a glicemia maior será o resultado da hemoglobina glicosilada. Todavia o nível de hemoglobina glicosilada não é considerado como critério diagnóstico para o diabetes mellitus e deve ser utilizada apenas no monitoramento do controle metabólico do paciente em tratamento. Estudos realizados pelo "*Diabetes Control and Complications Trial*" (DCCT) e do "*United Kingdom Prospective Diabetes Study*" (UKPDS) demonstraram que quanto mais baixo os resultados desse exame menor serão as chances do paciente desenvolver complicações renais, oculares e neurológicas (SMS, 2006c). Trata-se, portanto de um exame essencial para avaliar os resultados do tratamento e se for necessário, fazer as devidas correções. O laboratório do CSEGSF efetua apenas exames de glicemia para o diagnóstico e o monitoramento do paciente diabético.

5.6 SÍNTESE DO ACOLHIMENTO NA UNIDADE

O modelo assistencial do PSF deve utilizar o acolhimento como uma ferramenta de trabalho que qualifica a assistência aos usuários portadores de diabetes. Por ser uma

doença crônica que envolve mudanças de hábito relacionadas à alimentação e atividades físicas e para se obter um bom controle dos níveis glicêmicos é muito importante a adesão do paciente ao tratamento para que ele consiga modificar esses hábitos de vida e obter um controle do diabetes adequado.

ESF completas apresentam condições mais favoráveis para implementar o acolhimento aos usuários portadores de diabetes e no CSEGSF os maiores obstáculos para a efetivação do acolhimento além da existência de equipes incompletas é a estrutura física da unidade que não comporta todos os profissionais.

Pacientes diabéticos que fazem o agendamento prévio da consulta na própria unidade ou através do ACS são acolhidos de forma mais efetiva do que pacientes atendidos pela demanda espontânea em razão do menor tempo de espera para o atendimento, maior possibilidade de vínculo entre a equipe de saúde e o paciente que será assistido pelos mesmos profissionais, maior possibilidade do médico efetuar seu atendimento com um tempo de duração da consulta maior e com ênfase nas ações de educação em saúde.

No CSEGSF as ESF completas buscam dar respostas às demandas da população, ainda que não tenham assumido a proposição do acolhimento como ferramenta de trabalho. Foi observado que toda a demanda espontânea no período da observação (16 dias) foi atendida, com exceção apenas de dois usuários que não foram consultados no dia que compareceram ao centro de saúde, mas tiveram suas consultas agendadas para atendimento posterior.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa apontam perfil de usuários entrevistados com renda familiar e nível educacional baixos. Os usuários avaliaram de forma muito positiva a assistência recebida no CSEGSF: 77% deram nota de 8,1 a 10 para o atendimento (Tabela 17). Quanto à atenção prestada, os melhores resultados foram obtidos pelas ESF completas (Tabela 8) como a frequência da aferição do peso e da pressão arterial. Para o peso, 78% dos usuários tiveram seu peso aferido em todas as consultas pelas ESF completas e nas ESF incompletas esse percentual foi de 48%. A aferição da pressão apresentou os seguintes resultados: 94% dos usuários tiveram sua pressão aferida pelas ESF completas e nas ESF incompletas esse percentual foi de 66%. Considerando serem os diabéticos pacientes de risco para desenvolver doenças cardiovasculares este resultado indica a necessidade de incentivar os profissionais a aferirem a pressão arterial e o controle do peso rotineiramente.

O acolhimento foi analisado nas dimensões de acesso ao sistema e aos insumos, atenção ao doente, humanização e autonomia. Os resultados obtidos também foram mais favoráveis nas ESF completas. Relacionado ao acesso, 77% do total de usuários informaram não existir ou haver pouca dificuldade para marcar uma consulta, embora 29% dos usuários nas ESF completas e 48% nas ESF incompletas relatassem ter tentado marcar uma consulta e não conseguir. O agendamento prévio de consultas apresentou um percentual baixo com diferença entre as ESF completas e incompletas. Também relacionado a esse indicador está o de deixar agendada a próxima consulta após o término de um atendimento que também apresentou percentuais baixos demonstrando a dificuldade de superação do modelo queixa consulta. A atenção primária deve proporcionar acesso ao usuário com resolutividade de suas necessidades o que implica facilidade do agendamento e periodicidade na atenção ao portador de doenças crônicas. Todavia, a observação na unidade de ausências nas consultas agendadas indica que essa medida por si só não é efetiva. Seria necessário introduzir um mecanismo de confirmação sistemático, como função do pessoal auxiliar, seja por telefone ou visita a casa pelo ACS.

O acesso a medicamentos apresenta resultados positivos tendo os usuários cadastrados no Programa Remédio em Casa uma melhor condição para não ocorrer

descontinuidade do tratamento em razão de não precisarem retornar mensalmente ao CSEGSF para renovar a receita e obter novos medicamentos.

Uma das formas de avaliar a atenção prestada é analisar os indicadores de processo de atenção e correlacionar os resultados com a proposta programática (Nemes et al, 2004:312). A atenção ao doente também apresentou resultados positivos e novamente com percentuais mais elevados de satisfação pelos usuários assistidos pelas ESF completas. Orientações médicas quanto à dieta foram recebidas por 84% dos pacientes nas ESF completas e por 62% nas ESF incompletas. A orientação quanto à atividade física foi efetuada para 84% dos pacientes nas ESF completas e para 57% dos pacientes nas ESF incompleta. Dos usuários assistidos pelas ESF completas, 91% foram orientados quanto à adesão a esses hábitos relacionados à dieta e prática de exercícios físicos e nas ESF incompletas esse percentual foi de 57%.

Foi observada associação estatisticamente significativa entre as variáveis ser atendido pelas ESF completas e receber orientação quanto à dieta e prática de exercício físico e sobre os benefícios de adesão a esse tratamento.

A humanização do atendimento apresentou resultados muito positivos, pois quase a totalidade de usuários afirmou ser bem recebida e tratada com respeito no CSEGSF (Tabela 12). Os tempos de espera para a consulta relatados pelos usuários foram regulares com o maior percentual na faixa de até 30 minutos (49%); resultados melhores do que o observado na unidade. O acolhimento contribui com a humanização do atendimento ordenando a oferta de serviços de acordo com a necessidade dos usuários (Merhy, 1994:121). O diálogo entre médico e paciente foi relatado de forma marcante pelos usuários, mas a apresentação de alternativas de tratamento raramente ocorreu. O diálogo favorece a adesão ao tratamento e contribui com a alteração do estilo de vida (Caprara & Rodrigues, 2004:106).

Quanto à autonomia dos pacientes os resultados também foram positivos podendo ser destacado as respostas sobre o autoconhecimento sobre o diabetes (70% do total de usuários informaram haver um bom ou muito bom conhecimento) e o diálogo entre o paciente e o médico sobre o tratamento foi informado por 83% do total de usuários.

Os resultados do vínculo foram analisados nas dimensões confiança, responsabilidade, continuidade e longitudinalidade. Quanto à confiança os resultados apresentados foram muito positivos, pois a quase totalidade dos usuários afirmou

confiar no médico, considerou os profissionais preparados para desempenhar suas funções e preocupados em prestar o melhor atendimento (Tabela 14).

Em relação à responsabilidade, os resultados também foram positivos, sendo a avaliação dos usuários assistidos pelas ESF completas melhor do que as das ESF incompletas (Tabela 15). Houve relato de 77% do total de usuários que informaram que o médico pergunta se está ocorrendo dificuldades de seguir as orientações, facilitando a adesão ao tratamento. Contudo entre os pacientes atendidos pelas ESF incompletas apenas 57% receberam orientação para exercer atividade física e sobre a necessidade de seguir estas orientações, sendo que apenas 24% dos pacientes assistidos pelas ESF incompletas relataram que seguem essa orientação.

A dimensão da longitudinalidade também apresentou resultados positivos como o fato do médico pedir para o usuário retornar após ser encaminhado para outra unidade de saúde e o número de consultas realizadas com o mesmo profissional, com melhores resultados nas ESF completas (Tabela 16).

Portanto os resultados apresentados evidenciam que pacientes se sentem em geral acolhidos no CSEGSF e estabelecem vínculo com sua equipe profissional, o que ocorre de forma mais efetiva nas ESF completas.

As principais conclusões sobre a assistência ao portador de diabetes II envolvendo o acolhimento e vínculo nas equipes do PSF no CSEGSF que podem indicar pontos de intervenção para melhoria do atendimento na unidade foram:

- As equipes do PSF não utilizam um protocolo para o atendimento dos pacientes diabéticos e isso acaba determinando condutas e interpretações não homogêneas entre os profissionais da equipe como a não aferição da pressão arterial e o controle de peso na totalidade dos pacientes diabéticos. Seria necessário reforçar junto às ESF a necessidade da aferição rotineira da pressão arterial e do peso.
- O banco de dados do Programa de Diabetes mellitus não é alimentado corretamente e inclui um grande número de pacientes inadequadamente classificados. Muitos pacientes que tiveram o resultado de sua glicemia alterado são prontamente registrados no banco de dados do centro de saúde como diabéticos, mas para as equipes esses pacientes muitas vezes não são considerados diabéticos determinando erro nas informações do banco de dados.

- O registro de dados do PSF é efetuado em dois bancos de dados diferentes. As equipes do PSF utilizam o SIAB e o CSEGSF utiliza o GIL. Os dados do GIL referentes aos pacientes diabéticos não são atualizados na mesma frequência dos dados do SIAB.
- As instalações do CSEGSF não comportam todos os profissionais que ali desempenham suas funções. A unidade necessita ampliar suas instalações para propiciar a criação de uma rotina de atendimento que facilite o acolhimento ao estabelecer-se área física definida para cada equipe e utilizada pelos usuários a cada novo atendimento.
- O laboratório também necessita ampliar sua capacidade de realização de exames para atender a demanda além de ampliar o rol de exames para os pacientes diabéticos como a frutossamina e a hemoglobina glicosilada. Aparelhos de glicemia capilar deveriam ser adquiridos para utilização pelas equipes.
- Os ACS necessitam receber uma maior qualificação para desempenhar suas funções de acordo com os princípios do programa de saúde da família principalmente frente às situações de maior iniquidade social.
- Uma dificuldade que o PSF encontra de uma forma geral, e que no CSEGSF também ficou evidenciado, é quanto à alta rotatividade dos profissionais, o que acaba afetando a qualidade da assistência e a criação de vínculo entre os pacientes e o CSEGSF. O convênio através do qual a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro realiza o pagamento dos funcionários do PSF ainda não havia sido renovado, causando tensão entre os profissionais e descontinuidade na atenção prestada.
- O percentual de consultas realizada a partir da demanda espontânea é bem superior ao percentual de consultas agendadas. Nas equipes completas o número de faltas às consultas agendadas é bem menor que nas equipes incompletas. Esses resultados demonstram que apesar da implantação de um novo modelo assistencial pautado por ações programáticas de promoção e prevenção e pelo princípio da integralidade ele de fato ainda não é efetivo, pois o modelo de queixa-conduta ainda prevalece, porém não foi observada demanda reprimida aos usuários que buscaram atendimento no CSEGSF.

- Um sistema de confirmação do agendamento de consultas por telefone ou a visita do ACS para lembrar a data, poderia melhorar o comparecimento dos usuários às consultas.
- Ações de prevenção primária em famílias que já possuem portadores de diabetes diagnosticados, como por exemplo, a busca ativa de casos em famílias com pacientes já diagnosticados com diabetes II poderiam ser implementadas.

Ainda que os resultados do inquérito sejam válidos apenas para o conjunto de entrevistados e não possam ser generalizados para o atendimento do total dos portadores de diabetes do CSE, na comparação ESF completas apresentaram melhores resultados quanto ao acolhimento e vínculo nas dimensões analisadas, sugerindo que o PSF pode ser um modelo assistencial efetivo nestes aspectos. A implementação de medidas para ampliar a estrutura física, de pessoal e para a organização da assistência prestada aos portadores de diabetes no CSEGSF, como aqui sugerido, permitirá melhorar a qualidade da assistência proporcionando uma ainda maior satisfação dos usuários.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Palasathena. *Ética do acolhimento*, 2001. <http://palasathena.org/culturapaz/eticaacolhimento.htm> (Acessado em 15 de janeiro de 2006).

Assunção MCF, Santos ISD, Gicante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35 (1) 88-95.

Barbetta PA. *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.

Cabrera MAS, Wajngarten M, Gebara OCE, Diament J. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(3):767-775.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4(2): 391-403.

Capozollo AA, Pedro EEKO, Santos GERS, Tubone MM, Junior NF (org.) *2º Caderno de apoio ao acolhimento* 2004. Disponível em <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas/tematicas/0001/portal/secretarias/saude/publicacoes/0054/> Acessado em 15/01/2006.

Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9 (1) :139-146.

Cochran WG. *Sampling Techniques*. New York: John Wiley & Sons, 1977.

Conferência Nacional de Saúde (11ª CNS), dez. 2000. Disponível na internet via URL <http://rebidia.org.br/noticias/saude/11conferenciasaude.html> (acessado em 15 de janeiro de 2006).

Donabedian A. Selecting Approaches to Assessing Performance. In: *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. P. Ed. Oxford University Press; 2003. p. 46-57.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior AE, Gomes A, Bousquat A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de

exclusão social no município de São Paulo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 11 (3):633-643.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 11 (3): 669-681.

Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do Acolhimento: uma contribuição para o Programa Saúde da Família. *Revista EEUSP*; 2004 38 (3): 143-151.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, M.G., Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 1999; 15 (2): 345-353.

Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997 Jun 28;314(7098):1870-3.

Gervas J, Homar JC, Participantes do seminário de inovação 2006. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions (acsc) desde el punto de vista del médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81: 7-13

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais nas décadas de 1990. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22 (5) 951-963.

Gray DP, Evans P, Sweeney K, Lings P, Seamark D, Seamark C et al. Towards a theory of continuity of care. *Journal of Royal Society of Medicine* 2003; 96: 160-166.

Groenewegen PP, Kerssens JJ, Sixma HJ, Eijk I, Boerma WGW. What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. *BMC Journals* 2005; 1-27.

Hartz ZMA. Avaliação de programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4 (2): 341-353.

Hennen BK. Continuity of care in family practice. Part 1: Dimensions of continuity. *Journal of Family Practice* 1975; 2: 371-372, apud Hjortdahl, P., Laerum, E. (1992). Continuity of care in general practice: Effect on patient satisfaction. *BMJ*; 304: 1287-1290.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21 (1): 256-265.

Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: Effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304: 1287-1290.

Hjortdahl P. Continuity of care. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford: Oxford University Press 2004, p.249-253.

Ibañes N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALA. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 11 (3): 683-702.

Lambrew J, Defriese G, Carey T, Ricketts T, Biddle A. The effects of having a regular doctor on access to primary care 1996. *Med Care*; 34: 138-151.

Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9 (4) 931-943.

Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Family Medicine* 2001; 33 (1): 22-27.

Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. In: *Oitavo Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*; 2002 Ribeirão Preto Resumos, p.122.

Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. 2ª ed., São Paulo: Editora Hucitec; 2006.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onoko R. org. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 2002 p.197-228.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1994 p.117-160.

Ministério da Saúde. Hiperdia. Disponível em <http://hiperdia.datasus.gov.br/> (acessado em 20/11/2007).

Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> (acessado em 5/nov/2006).

Ministério da Saúde. Portaria 648/GM. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 março.

Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Série A. Normas e manuais técnicos; Brasília, 2006.

Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, CICT. Questionário para Pesquisa Mundial de Saúde, Municípios do Brasil, Atenção Básica, 2005.

Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes melito; Brasília, 2001. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/plano_reorganizacao_atencao.pdf (acessado em 5/nov/2006).

Negrato CA. *Diabetes: educação em saúde*. Bauru: EDUSC; 2001.

Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20, suppl. 2: 310-321.

Neto OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Minayo MCS, org. Petrópolis: Ed. Vozes 2002 p. 51-66.

Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes ou hipertensão pelo programa de Saúde da Família do Município de Francisco de Morato, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22:377-385.

Pastor, R. Acolhimento 2004. Disponível em www.smmfc.org.br (Acessado em junho de 2005).

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19 (1): 27-34.

Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LF, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do SUS: um estudo comparativo. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(2): 534-545.

Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 11 (3): 713-724.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*, 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14: 741-751.

Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23: 75-85.

Sartorelli DS, Franco LJ, Cardoso MA. Intervenção nutricional e prevenção do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22 (1): 7-18.

Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 suppl 1: 29-36.

Sassi M, Beria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (5): 1257-1266.

Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review. *Annals of Family Medicine* 2005; 3:159-166.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;20 (6):1487-1494.

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Programa Paidéia de Saúde da Família. Disponível em www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_acolhimento.htm (acessado em agosto de 2005).

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em www.saude.rio.rj.gov.br/media/EQUIPES-CADASTRO.pdf (Acessado em dezembro de 2006a).

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Projeto Remédio em Casa 2005. Disponível em www.saude.rio.rj.gov.br/projeto_remedioemcasa/ (Acessado em dezembro de 2006b).

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Atualização em diabetes para clínicos da rede municipal 2006c. Disponível em [www.saude.rio.rj.gov.br/atualização em diabetes para clínicos da rede municipal](http://www.saude.rio.rj.gov.br/atualização_em_diabetes_para_clínicos_da_rede_municipal) (Acessado em dezembro de 2006).

Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. R.J., Diagraphic Editora, 2003.

Starfield B. Uma estrutura para a medição da atenção primária In: *Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002a. p.43-70.

Starfield B. Cadastro de pacientes e atenção orientada para o paciente ao longo do tempo in: *Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002b. p. 247-290.

Starfield B. Integralidade da atenção: Quem deveria oferecer o que In: *Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002c. p. 313-363.

Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados do inquérito domiciliar de base populacional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 11 (3): 643- 655.

Teixeira CF. Modelos de atenção voltados para qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: Teixeira C. (ORG), Paim JS Vilasbôas AI. *Promoção e vigilância da saúde*. Salvador: ISC-Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p. 79-99.

Teixeira RR O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de Conversações, p. 89-112. In: Pinheiro R e Mattos R (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2004.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20 suppl 2: 190-198.

Tresse VP. Reflexão sobre acolhimento em uma unidade básica de saúde nos portadores de diabetes mellitus. (Monografia do Curso de Especialização em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11: (3) 577-606.

Viana LS, Efeito da calibração dos pesos amostrais: uma aplicação com os dados da Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003 (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2007.

Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: The effects of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996; 86: 1699-1700.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA O INQUÉRITO COM PORTADORES DE DIABETES II

Data da entrevista: _____

Número do questionário: _____

Responsável pela entrevista: _____

Nome da Comunidade: _____

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DOS USUÁRIOS

1.1 O/A Sr./Sra. sabe que está cadastrado no programa de diabetes no CSEGSF?

() 1. Sim () 2. Não () 9. NSI

1.2 Há quanto tempo o/a Sr./Sra. sabe que tem diabetes?

_____ anos

1.3 O/A Sr./Sra. sabe qual é o seu peso?

() 1. Sim () 2. Não - *Passa para 1.5*

1.4 Qual é o seu peso? _____ kg

1.5 O/A Sr./Sra. sabe a sua altura?

() 1. Sim () 2. Não - *Passa para 1.7*

1.6 Qual é sua altura? _____ m

As próximas perguntas se referem ao seu atendimento no CSEGSF

1.7 Seu peso é verificado na consultas?

() 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca

1.8 Sua pressão é verificada na consultas?

() 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca

1.9 Sua glicemia capilar é verificada na consultas?

() 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca

1.10 Na última consulta o resultado da glicemia lhe foi informado?

() 1. Sim () 2. Não () 9. NSI – *Se a resposta for não ou nsí, passe para 1.13*

1.11. Você sabe qual foi o último resultado da sua glicemia?

() 1. Sim () 2. Não - *Passa para 1.13*

1.13 A sua circunferência abdominal é medida na consulta?

() 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca - *Passa para 1.15*

1.14 Na última consulta foi medida a sua circunferência abdominal?

() 1. Sim () 2. Não () 9. NSI

1.15 Você usa algum medicamento para o controle do diabetes?

() 1. Sim () 2. Não - *Passa para 1.17*

1.16 Qual (is)?

1.17 O/A Sr./Sra. recebe medicamentos em casa para tratar o diabetes?

() 1. Sim () 2. Não

1.18 Por quanto tempo eles duram quando você os recebe?

_____ meses

1.19 O Sr./Sra. recebe medicamentos no CSEGSF?

() 1. Sim () 2. Não - *Passa para a 2.1*

1.20 Por quanto tempo eles duram quando você os recebe?

_____ meses

II. QUANTO AO ACOLHIMENTO

1. Acesso

Quando o Sr./Sra. busca atendimento no CSEGSF

2.1 Há quanto tempo foi sua última consulta por motivo de diabetes no CSEGSF?

() 1. até 1 mês () 2. Mais de 1 mês a 3 meses

- () 3. mais de 3 meses a 6 meses
() 4. mais de 6 meses a 12 meses
() 5. mais de 12 a 24 meses () 6. mais de 24 meses

2.2 É difícil marcar uma consulta no CSEGSF?

- () 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca () 9. NSI

2.3 Já tentou marcar uma consulta para tratar o diabetes no CSEGSF nos últimos dois anos e não conseguiu?

- () 1. Sim. () 2. **Não**- *Passe para 2.5*

2.4 Qual foi a causa desse impedimento?

2.5 Quanto tempo o/a Sr./Sra. gasta para o deslocamento de sua residência até o CSEGSF?

_____ horas e _____ minutos

2.6 No CSEGSF suas consultas para controle de diabetes são agendadas previamente?

- () 1. Sim () 2. Não

2.7 Você sai de uma consulta com a próxima já agendada?

- () 1. Sim () 2. **Não** - *Passe para 2.9*

2.8 Para qual data está agendada sua próxima consulta?

_____ () 9. NSI

2.9 Consegue agendar consultas em horários alternativos (sábado ou após as 18hs.) que sejam compatíveis com o seu?

- () 1. Sim () 2. Não

2. Atenção ao doente

As próximas perguntas também se referem ao seu atendimento no CSEGSF

2.10 No CSEGSF, os profissionais de saúde têm tempo para ouvir suas necessidades, tirar dúvidas e prestar os devidos esclarecimentos?

- () 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca () 9. NSI

2.11 No CSEGSF você considera que os profissionais de saúde dão importância às queixas relatadas pelo Sr./Sra.?

- () 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca () 9. NSI

2.12 No CSEGSF os profissionais de saúde perguntam sobre possíveis dificuldades de seguir as orientações médicas?

- () 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca () 9. NSI

2.13 No CSEGSF os profissionais de saúde tentam atender as necessidades de saúde relatadas pelo Sr./Sra.?

- () 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca () 9. NSI

2.14 O Sr./Sra. considera que os profissionais de saúde do CSEGSF se preocupam com sua saúde?

- () 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca () 9. NSI

2.15 No CSEGSF o Sr./Sra. considera o tempo da consulta médica adequado para atender suas queixas e resolver seus problemas de saúde?

- () 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca () 9. NSI

3. Humanização

2.16 O/A Sr./Sra. conversa com seu médico sobre seu tratamento?

- () 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca () 9. NSI

2.17 O seu médico apresenta alternativas de tratamento ao Sr./Sra.?

- () 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca () 9. NSI

2.18 O/A Sr./Sra. é bem recebido no CSEGSF?

- () 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca () 9. NSI

2.19 O/A Sr./Sra. é tratado com respeito na unidade de saúde?

- () 1. Sempre () 2. Na maioria das vezes
() 3. Poucas vezes () 4. Nunca () 9. NSI

2.20 Na última consulta no CSEGSF qual foi o tempo na fila de espera desde a chegada na unidade de saúde até conseguir ser atendido pelo médico?

_____ horas e _____ minutos () 9. NSI

2.21 Condições das instalações do CSEGSF quanto:

2.21a Conforto

- () 1. Ruins () 2. Pouco satisfatórias
() 3. Boas () 4. Muito boas

2.21b Limpeza

- () 1. Ruins () 2. Pouco satisfatórias
() 3. Boas () 4. Muito boas

2.22 Condições do CSEGSF quanto à disponibilidade de glicosímetro e fitas reagentes?

- () 1. Ruins () 2. Pouco satisfatórias

3.Boas 4. Muito boas

2.23 Condições do CSEGSF quanto a disponibilidade de medicamentos

1. Ruins 2. Pouco satisfatórias
 3.Boas 4. Muito boas

4. Autonomia

2.24 Como o Sr./Sra. avalia o seu conhecimento para cuidar de sua diabetes após estar sendo atendido no CSEGSF?

1. Ruim 2. Pouco satisfatório
 3. Bom 4. Muito bom

III) QUANTO AO VÍNCULO:

1. Confiança

3.1 Você procura sempre o CSEGSF para tratar o seu diabetes?

1. Sim 2. Não

3.2 Sabe dizer o nome do médico que o atende no CSEGSF?

1. Sim 2. Não *Passa para 3.4*

3.3 Qual é o nome do médico?

3.4 Quantas vezes você já se consultou com este médico?

_____ vezes

3.5 Você confia no seu médico?

1. Sim 2. Não

3.6 Você acha que ele se preocupa em prestar o melhor atendimento para você?

1. Sim 2. Não

3.7 Quando você vai marcar sua consulta no CSEGSF o Sr./Sra. pode escolher o médico que vai prestar atendimento?

1. Sim 2. Não 9. NSI

3.8 Se não entender a receita ou orientações, pede novas explicações ao médico?

1. Sim 2. Não

3.9 Você considera que os profissionais do CSEGSF estão habilitados a resolver seus problemas de saúde?

1. Sim 2. Não 9. NSI

2 Longitudinalidade

3.10. Quando encaminhado para outra unidade de saúde o médico pede para você voltar e

continua a acompanhar o seu tratamento no CSEGSF?

1. Sim 2. Não 8 NSA

3.11 Com qual intervalo de tempo você procura o CSEGSF para consulta?

1. menos de 1 mês 2. de 1 a 3 meses

3. mais de 3 meses a 6 meses

4. mais de 6 meses a 12 meses

5. mais de 12 a 24 meses 6. mais de 24 meses

3.12 Você pode trocar de médico se desejar?

1. Sim 2. Não

3.13 Nos últimos doze meses quantas unidades de saúde diferentes do CSEGSF o Sr./Sra. procurou para tratar do diabetes?

_____ unidades

3. Responsabilidade

3.14 O médico do CSEGSF pergunta se o Sr./Sra. vai conseguir seguir suas orientações?

1. Sim 2. Não 9. NSI

3.15 Na última consulta, o profissional de saúde do CSEGSF fez orientações quanto à sua dieta?

1. Sim 2. Não 9. NSI

3.16 O/A Sr./Sra. segue essas orientações?

1. Sim 2. Não 9. NSI

3.17 Na última consulta, o profissional de saúde do CSEGSF fez orientações quanto a prática de exercícios físicos regulares?

1. Sim 2. Não 9. NSI

3.18 O/A Sr./Sra. segue essas orientações?

1. Sim 2. Não 9. NSI

3.19 O profissional de saúde do CSEGSF explica sobre os benefícios do cumprimento dessas orientações?

1. Sim 2. Não 9. NSI

IV) AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

1. Qualidade na avaliação do usuário

4.1 Qual o principal motivo que fez você escolher o CSEGSF?

1. Localização

2. Confiança na equipe de Saúde

3. Disponibilidade de conseguir atendimento

4. Indicação de outro usuário

5. Foi cadastrado pelo ACS

6. **Outro- Passe para 4.2**

4.2 Qual ? _____

4.3 Como você avalia o atendimento prestado no CSEGSF aos portadores de diabetes?

1. 10 - 8.1 2. 8.0 - 6.1 3. 6.0 - 4.1
 4. 4.0 - 2.1 5. 2.0 - 0.0

4.4 Você quer continuar sendo atendido no CSEGSF?

1. Sim 2. Não 9. NSI

2. Quanto ao perfil socioeconômico dos usuários do CSEGSF portadores de diabetes

4.5 Idade

1. menos que 30 anos 2. 30-39 anos
 3. 40 a 49 anos 4. 50 a 59 anos
 5. 60 a 69 anos 6. 70 ou mais anos

4.6 Sexo

1. Masculino 2. Feminino

4.7 Quantas pessoas moram no seu domicílio (incluindo você)?

_____ pessoas

4.8 Qual a renda total em reais das pessoas do domicílio?

_____ reais.

4.8 a Preenchimento posterior da renda média familiar per capita

1. Até 1 s.m. 2. Mais de 1 a 3 s. m.
 3. Mais de 3 a 5 s.m. 4. Mais de 5 a 10 s.m. 5. mais do que 10 s.m.

4.9 Nível educacional

1. Analfabeto ou menos de 1 ano de instrução
 2. Elementar incompleto (1ª a 3ª série)
 3. Elementar completo ou Fundamental incompleto (4ª a 7ª série)
 4. Fundamental completo ou Ensino Médio incompleto
 5. Ensino médio completo ou Superior incompleto
 6. Superior completo ou mais

4.10 Você tem alguma reclamação ou sugestão para melhorar o atendimento no CSEGSF?

4.11 Observação do entrevistador

ANEXO II

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA

O roteiro da observação participante englobou os seguintes itens:

- Agendamento da consulta. Formas de agendamento seja por comparecimento a unidade de saúde (do próprio paciente ou outra pessoa), se existem outras possibilidades de se efetuar esse agendamento (telefone ou outro meio de comunicação, que possibilite o agendamento sem a necessidade de comparecer à unidade de saúde). Quanto ao agendamento também foi observado o grau de dificuldade para efetuar o agendamento da primeira consulta do paciente na unidade de saúde e a capacidade da unidade para fazer agendamentos futuros após essa primeira consulta (intervalo de tempo entre as consultas e se a mesma é realizada com o mesmo profissional de saúde). Também foi observado se o paciente poderia escolher o profissional que iria atendê-lo.

- Recepção e triagem. Foi observado o horário que o paciente comparece na unidade de saúde, quem o recebe, condição das instalações para receber esse paciente, equipamentos utilizados para armazenamento de informações (se informatizado ou não) tempo de espera para ser atendido, quais profissionais que fizeram a triagem e os critérios utilizados para priorizar as consultas. Foram observados nessa etapa do processo de atenção se a unidade através do acolhimento consegue reorganizar seu processo de trabalho evitando a formação da demanda reprimida.

- Pré-consulta. Foram observados os equipamentos disponíveis tanto para prestar atendimento ao portador de diabetes, como para registrar essas informações. As instalações físicas para realização desse trabalho também foram observadas.

- Consulta. Além das instalações físicas, foi observado o tempo médio de consulta por paciente, metas quantitativas de consultas por profissional e se o processo de atenção favorece a criação de vínculo. Também foi observada a forma como ocorre a referência de pacientes e se há preocupação com seu acompanhamento.

- Reuniões de grupo de diabéticos. Foi observada quanto à sua frequência, adesão dos pacientes, inter-relação com os profissionais de saúde da unidade e estímulo à autonomia dos pacientes.