

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO DIABÉTICO.**

**SÃO LUÍS - MA
NOVEMBRO – 2016**

DANIELA CRISTINA CARDOSO AROUCHA CAMPELO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO DIABÉTICO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa
Pacheco

**SÃO LUÍS - MA
NOVEMBRO - 2016**

C193a Campelo, Daniela Cristina Cardoso Aroucha.

Avaliação da qualidade do Serviço de Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário diabético/ Daniela Cristina Cardoso Aroucha Campelo. São Luís: UNICEUMA, 2016.

96 p.il.: color.

Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde. Universidade CEUMA,



UNIVERSIDADE DO CEUMA - UNICEUMA
REITORIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
MESTRADO EM GESTÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

**Folha de aprovação da Dissertação de DANIELA CRISTINA
CARDOSO AROUCHA CAMPELO defendida e aprovada pela
Comissão Julgadora em 05/10/2016**

Daniela Cristina Cardoso Aroucha Campelo

Daniela Cristina Cardoso Aroucha Campelo
Assinatura do (a) Aluno

Rosane da Silva Dias

Prof.^a Dra. Rosane da Silva Dias
1º Titular

Serlyjane Penha Hermano Nunes

Prof.^a Dra. Serlyjane Penha Hermano Nunes
2º Titular

Marcos Antônio Barbosa Pacheco

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Presidente

Valério Monteiro Neto

Prof. Dr. Valério Monteiro Neto
Gerente de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão.

Dedico esta dissertação, que representa uma grande etapa da minha vida, aos meus pais Silvia e Marcolino, irmãos Rafisa e Vitor, meu esposo Wesley e ao meu filho Joaquim, os alicerces de minha vida.

Ao meu avô Luís Carlos (*in memoriam*) que sempre foi o maior apoiador dos meus sonhos e conquistas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente, pela grande realização desse sonho e pela oportunidade de cursar este mestrado e tantas outras maravilhas que tem feito na minha vida.

Aos meus pais, Silvia e Marcolino, irmãos, Rafisa e Vitor, ao meu esposo Wesley e ao meu filho Joaquim, que sempre me incentivaram e apoiaram nos momentos mais difíceis e de desânimo, e pela compreensão da minha ausência nas reuniões familiares.

Ao meu avô Luís Carlos Cardoso (*in memoriam*) por ser um grande apoiador dos meus sonhos e conquistas.

Ao meu orientador, Professor Doutor Marcos Pacheco pela orientação, apoio, paciência, disponibilidade, ensinamentos precisos e valiosos e pelas importantes contribuições na construção desta pesquisa.

A todos os bons professores da Universidade Ceuma e ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde (PPGGPSS), de forma especial a Prof^a. Dra. Rosane Dias, que de alguma forma contribuíram para minha formação.

A minha amiga Enfermeira Diomar Campos e as estudantes de Odontologia Ingrid Cardoso, Fisioterapia Clícia Maria e Psicologia Isabel, que de forma especial e carinhosa me ajudaram na coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Centro.

Aos meus colegas do PPGGPSS pelas experiências vividas e compartilhadas em cada módulo teórico e prático do mestrado, de forma especial, a Aurelice, Regiane, Patrícia e Nayana pela amizade verdadeira e sincera.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Luís pela aceitação e colaboração no momento da coleta de dados.

Aos diretores e funcionários das USFs do Distrito Centro que nos acolheram para a realização da pesquisa de campo.

Os determinantes primários das doenças são principalmente econômicos e sociais, consequentemente, seus remédios também devem ser econômicos e sociais.

Geoffrey Rose

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mudanças dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Saúde	20
Quadro 1: Os sete pilares da qualidade	29
Figura 2: Distribuição dos Distritos Sanitários de Saúde do município de São Luís – MA ...	33
Figura 3: Demonstrativo do Número de Equipes de Saúde da Família por Distritos Sanitários de Saúde de São Luís - MA	33
Figura 4: Organização da Rede de Saúde do Distrito Sanitário de Saúde Centro, São Luís – MA	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos usuários diabéticos adscritos aos serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Centro, São Luís – MA, 2015	52
Tabela 2 – Características do estado de saúde dos usuários diabéticos adscritos aos serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Centro, São Luís – MA, 2015	53
Tabela 3 – Média dos Escores Essencial, Derivado e Geral dos atributos da Atenção Primária à Saúde obtidos da pontuação resultante das entrevistas do PCATool-usuários das Unidades de Saúde da Família do Distrito Centro, São Luís – MA, 2015	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CSP – Centro de Saúde Primário
DCNTs – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM – Diabetes Mellitus
DSS – Distrito Sanitário de Saúde
EE – Escore Essencial
EG – Escore Geral
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF – International Diabetes Federation
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PCATool – Primary Care Assessment Tool
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família

CAMPELO, Daniela Cristina Cardoso Aroucha, **Avaliação da qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário diabético**, 2016. Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 96p.

RESUMO

Os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) – acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, comunitária e cultural – são eixos estruturantes do processo de atenção associados à qualidade dos serviços, à efetividade e a eficiência de suas intervenções. **Objetivos:** Avaliar a qualidade do serviço de APS pelos usuários diabéticos de um Distrito Sanitário de Saúde (DSS). **Métodos:** Estudo avaliativo quantitativo com investigação da presença e extensão dos atributos da APS mediante o Instrumento PCATool-Brasil versão reduzida para usuários aplicado em diabéticos maiores de 18 anos, cadastrados e acompanhados nas Unidades Saúde da Família (USF) do DSS Centro em São Luís, Maranhão no período de junho a agosto de 2015. **Resultados:** 62% são mulheres, 38% na faixa etária entre 60 e 69 anos, 43% casados, 36% com baixa escolaridade e 48% aposentados, 89% são portadores do diabetes tipo II, 68% dos diabéticos são hipertensos e 41% são portadores de retinopatia diabética. Com relação à qualidade do serviço, o escore dos atributos da Acessibilidade com 9,2 (IC: 8,82 – 9,55), Sistemas de Informação 9,5 (IC: 9,19 – 9,83) e Longitudinalidade 6,8 (IC: 6,52 – 7,14) tiveram os escores mais altos, enquanto que, Utilização com 6,1 (IC: 5,39 – 6,73), Coordenação do Cuidado 2,0 (IC: 1,64 – 2,39), Integralidade dos Serviços Disponíveis 5,8 (IC: 5,38 – 6,18) e Serviços Prestados 3,5 (IC: 3,43 – 3,61), Orientação Familiar 1,3 (IC: 0,95 – 1,61) e Comunitária com 0,3 (IC: 0,01 – 0,55) apresentaram-se com Baixo Escore para APS. O Escore Geral da APS resultou em 4,9 (IC: 4,43 – 5,46) sendo Baixo Escore de Orientação para APS. **Conclusão:** A expectativa do usuário com o acompanhamento do serviço de saúde para o diabético no DSS Centro em São Luís é alcançada a partir da acessibilidade, atendimento continuado e pela coordenação do sistema de informação, mas com determinadas fragilidades na integralidade, utilização e orientação familiar e comunitária.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

CAMPELO, Daniela Cristina Cardoso Aroucha, **Quality Assessment of Primary Health Care Services in Diabetic User Perspective**, 2016. Dissertation (Masters in Program Management and Health Services) – Postgraduate Studies in Management Programs and Health Services, Ceuma University, São Luís, 96p.

ABSTRACT

The attributes of Primary Health Care (PHC) - free, longitudinality, comprehensiveness, coordination, guidance, family, community and cultural - are structuring axes of the care process associated with the quality of services, the effectiveness and the efficiency of their interventions. **Objectives:** To evaluate the quality of the service of APS by diabetic users of a Sanitary District Health System (DSS). **Methods:** An evaluative study with quantitative investigation of the presence and extent of the attributes of the APS through the InstrumentTool-Brasil PCA reduced version for users applied in diabetic patients older than 18 years, registered and accompanied in the Family Health Units (USF) of DSS Center in São Luís, Maranhão in the period from June to August 2015. **Results:** 62% are women, 38% in the age range between 60 and 69 years, 43% were married, 36% with low education and 48% were retired, 89% are carriers of type II diabetes, 68% of diabetic patients are hypertensive and 41% are suffering from diabetic retinopathy. With regard to the quality of the service, the score of the attributes of accessibility with 9.2 (CI: 8.82 - 9.55), Information Systems 9.5 (CI: 9.19 - 9.83) and Longitudinality 6.8 (CI: 6.52 - 7.14) had higher scores, while use with 6.1 (CI: 5.39 - 6.73), coordination of care 2.0 (CI: 1.64 - 2.39), completeness of Available Services 5.8 (CI: 5.38 - 6.18) and Services 3.5 (CI: 3.43 - 3.61), family orientation 1.3 (CI: 0.95 - 1.61) and the Community with 0.3 (CI: 0.01 - 0.55) presented with a low score for APS. The overall score for APS resulted in 4.9 (CI: 4.43 - 5.46) being low score of guidance for APS. **Conclusion:** The expectation of the user with the monitoring of the health service for the diabetic in DSS Center in São Luís is reached from the accessibility, assistance continued and the coordination of the information system, but with certain weaknesses in completeness, use and family guidance and legislation.

Key-words: Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Health Assessment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Atenção Primária à Saúde (APS)	16
3.2 Diabetes Mellitus e seu impacto na saúde da população	20
3.3 Avaliação em Saúde	23
3.4 Qualidade do serviço de saúde na perspectiva do usuário	27
4 MATERIAL E MÉTODOS	32
4.1 Caracterização da pesquisa	32
4.2 Caracterização do município de São Luís e do Distrito Sanitário de Saúde	32
4.3 Amostra	34
4.4 Instrumento e Procedimentos	35
4.4.1 PCATool/ PCATool-Brasil	35
4.5 Análise Estatística	37
4.6 Aspectos Éticos	38
5 RESULTADOS	39
5.1 Artigo	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICES	67
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	68
Apêndice B – Questionário Sócio-Demográfico	69
Apêndice C – Cartão Resposta para o Usuário	70
ANEXOS	71
Anexo A – Carta de Anuência da USF Bezerra de Menezes	72
Anexo B – Carta de Anuência da USF São Francisco	73
Anexo C – Carta de Anuência da USF Liberdade	74
Anexo D – Carta de Anuência da USF Dr. Paulo Ramos	75
Anexo E – Declaração da Secretaria Municipal de Saúde	76
Anexo F – Parecer Consubstanciado do CEP	77
Anexo G – Instrumento PCATool Brasil	80
Anexo H – Confirmação da Submissão do Artigo à Revista de Saúde Pública	83
Anexo I - Normas da Revista de Saúde Pública	84

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde pública de alta prevalência e representa uma ameaça para a saúde, devido as suas complicações agudas e crônicas de vários órgãos e sistemas (BRASIL, 2005), causando grande impacto na morbimortalidade da população. É sabido que apesar da facilidade teórica de ser reconhecida e controlada, na prática observa-se um mau reconhecimento e controle da doença.

De acordo com a *International Diabetes Federation* (IDF) a doença atinge 387 milhões de pessoas no mundo correspondendo a 8,3% da população mundial e continua a aumentar em todos os países. Em 46% destas pessoas, o diabetes não foi ainda diagnosticado, prosseguindo a sua evolução silenciosa (IDF, 2015, p. 87).

Acrescenta-se ainda, que o risco relativo de morte por eventos cardiovasculares, ajustado para a idade, em diabéticos é três vezes maior do que o da população em geral, além de ser a principal causa de amputação de membros inferiores e retinopatia (SBD, 2013) e 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise são diabéticos (BRUNO; GROSS, 2010).

No ano de 2015, 130.700 óbitos foram registrados no Brasil, devido às complicações do diabetes. Neste mesmo ano, a IDF publicou a 5ª edição atualizada de seu atlas, com destaque para o Brasil, que ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes no mundo (IDF, 2015).

Segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Luís - Maranhão, através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em 2014, nos sete Distritos Sanitários de Saúde (DSS) do município foram computados 312.859 pessoas diabéticas com mais de 20 anos, destes 51.074 foram cadastrados no SIAB, 49.683 acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), 22.447 atendimentos nas Unidades de Saúde da Família (USF) e 267 hospitalizações registradas por complicações do diabetes (SÃO LUÍS, 2014).

O Brasil há muito tempo tem buscado orientar o sistema de saúde a nível primário para os diabéticos através da Atenção Primária à Saúde (APS) e tem utilizado a ESF com a finalidade de acompanhar e monitorar de forma regular e organizada a todos os usuários cadastrados (BRASIL, 2005).

As possibilidades da gestão do cuidado com a vinculação do diabético na USF dá-se a partir da continuidade do monitoramento e controle da doença, identificação dos fatores

de risco, promoção da educação em saúde e fornecimento de informações gerenciais. Para isso, o atendimento deve ser eficiente, eficaz e de qualidade, com a necessidade de avaliação das respostas institucionais e comunitárias de situações ou problemas de saúde, com objetivo de melhorar as condições de saúde da população.

A tomada de decisões pelos gestores e profissionais de saúde é fundamental para melhoria da qualidade de um serviço de saúde, que deve produzir respostas para as perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado ou situação-problema. Nesse sentido, avaliar a qualidade do serviço na APS com relação ao serviço prestado para o usuário é fundamental, para que se possa verificar o alcance ou não dos objetivos e metas alcançadas pelos programas de saúde.

Uma abordagem fortemente utilizada para se avaliar um serviço de saúde é aquela proposta por Donabedian (1980) encontrada nos estudos avaliativos, a qual propõe a avaliação na tríade: estrutura, processo e resultados. Para estes estudos, é importante favorecer a realização de análises quantificáveis sob o ponto de vista dos aspectos sociais, econômicos, demográficos, culturais, hábitos de vida necessários numa oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde e o controle da doença, para que o cuidado a nível primário seja resolutivo e abrangente (FURTADO, 2006).

O reconhecimento desse impacto através de estudos e publicações científicas por meio das temáticas de avaliação do serviço de APS trazem como porta-voz os usuários, o principal ator social, dentro do serviço de saúde pública. A participação da comunidade é fundamental para que o serviço de saúde possa se estruturar adequada e criativamente, para conseguirem enfrentar o problema da grande demanda de usuários, assegurando acompanhamento e controle da doença nas Redes de Atenção Primária à Saúde, para evitar hospitalizações ou reduzir sua frequência.

Assim, este estudo, tendo como referencial teórico uma aproximação dos conceitos de Donabedian, objetiva avaliar, como os usuários diabéticos de um Distrito Sanitário de Saúde em São Luís/Maranhão qualificam o serviço de saúde, a partir do acesso, utilização, vínculo, orientação e integralidade do cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde pelo usuário diabético coberto pela Estratégia Saúde da Família de um Distrito Sanitário de Saúde do município de São Luís, Maranhão.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico da população diabética do Distrito Sanitário de Saúde.
- Conhecer o acesso e a utilização do serviço de Atenção Primária à Saúde pelos usuários diabéticos.
- Analisar a longitudinalidade e integralidade do cuidado, orientação familiar e comunitária para o usuário diabético.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

Os sistemas de serviços de saúde existem no mundo desde que os homens começaram a proteger sua saúde e tratar suas doenças no início, com práticas da medicina tradicional, que misturavam tratamentos fitoterápicos com práticas de curandeirismo e de aconselhamento espiritual. Segundo Mendes, “Tais práticas ainda se mantêm hoje, em paralelo ao sistema formal de serviços de saúde” (MENDES, 2002, p.19).

Lord Dawson, em 1920, esboçou pela primeira vez o conceito de regionalização do sistema de saúde, distinguindo em três níveis de atenção. Neste mesmo ano, oito anos após a instituição do seguro nacional de saúde na Grã-Bretanha, foi divulgado um “texto oficial” tratando da organização do sistema de serviços de saúde, que distinguia os principais serviços de saúde: Centros de Saúde Primários, Centros de Saúde Secundários e Hospitais-Escola (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

Segundo Andrade e colaboradores, Dawson definiu assim os Centros de Saúde Primários (CSP):

Uma instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O CSP deve modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade. Os pacientes são atendidos majoritariamente por médicos generalistas de seu distrito e manterão os serviços de seus próprios médicos (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

Essa formulação constituiu a base para o conceito de regionalização: um sistema de serviços organizado e planejado para responder às necessidades em saúde de uma população, servindo como modelo teórico de referência para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Este arranjo teórico veio fornecer, *a posteriori*, a base para a reorganização de vários sistemas de saúde, com níveis de atenção bem definidos. Em 1948, no Reino Unido, criou-se um Serviço Nacional de Saúde, com garantia de acesso universal a cuidados gratuitos e integrais, com financiamento a partir de impostos, inaugurando um novo marco na organização dos sistemas de saúde contemporâneos, onde o direito à saúde passou a ser considerado um direito da cidadania (GONÇALVES, 2007).

Com a Declaração de Alma Ata, carta emanada da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978, apontou os CPS como parte integrante do sistema de saúde de um país, do qual constituem a função central e o foco principal quanto ao desenvolvimento socioeconômico global da comunidade, tornando-se um marco propulsor para o desenvolvimento da Atenção Primária no mundo (OMS, 1978). A definição da APS foi reafirmada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

Cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país, possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002 p. 30-31).

A APS é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002, p. 30-31). As características e funções essenciais da APS são definidas de forma ampla pela OMS como, “Todas as ações cuja principal intenção é promover a saúde” (OPAS, 2007).

Starfield corrobora na definição da APS como:

Nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problema; fornece atenção sobre a pessoa, no decorrer do tempo para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras e coordena os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis do sistema a partir dos elementos estruturais e processuais. Entre os elementos estruturais, quatro definem o potencial da APS: acesso, elenco de serviços, população adscrita e continuidade, e os elementos processuais incluem a utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades de saúde da população (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Esse modelo de atenção à saúde compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso; qualidade e custos; atenção à prevenção, ao tratamento e a reabilitação; trabalho em equipe multiprofissional; abordagem dos problemas mais comuns da comunidade; integração da atenção quando existem múltiplos problemas de saúde; organização e racionalização do uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde coordenados pela APS, alguns tenderam à especialização e à desvalorização dos médicos generalistas. O Reino Unido valorizou os generalistas, favorecendo o acesso universal por meio de serviço nacional financiado com impostos e pagamento dos médicos com salários; os Estados Unidos priorizou o setor empresarial, sendo plural e permissivo com financiamento privado, principalmente pelos seguros de saúde (MENDES, 2011).

No Brasil, a conquista democrática surgiu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, com os princípios da universalidade, financiamento público por meio de impostos, gestão e responsabilidade compartilhada nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) (CONILL, 2008).

O termo “Atenção Primária à Saúde” foi consagrado internacionalmente na Conferência de Alma-Ata. No Brasil, ocorreu uma confusão histórica de utilização do termo “Atenção Básica”. Este começou a ser utilizado em documentos oficiais do governo, mais precisamente a partir de 1996, quando foi apresentada a Norma Operacional Básica (NOB) 96, que orientava o processo de municipalização dos serviços de saúde, e, nos anos subsequentes, foi se repetindo em outros documentos e nas conferências de saúde (GIL, 2006; GUSSO, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, na forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012, p. 10).

A PNAB orienta a ESF prioritariamente para organização da Atenção Básica e aponta como fundamentos:

Universalidade no acesso contínuo, de qualidade e resolutivos; territórios definidos para a população adscrita; integralidade das ações programáticas; demanda espontânea; articulação entre as ações de promoção, proteção, vigilância, tratamento e reabilitação; coordenação da rede de serviços; vínculo com o usuário; continuidade das ações; valorização e capacitação dos profissionais em saúde; avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados e participação e controle social (BRASIL, 2012).

No Brasil, a ESF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado Atenção Básica, hoje, Atenção Primária à Saúde, estando ainda

vinculada à rede de serviços, de forma a garantir atenção integral aos indivíduos e famílias. Trabalha, dessa forma, com uma equipe multiprofissional, composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, não ultrapassando 12 ACS, com o máximo de 750 pessoas para cada ACS, num território de abrangência definido e na responsabilidade de cadastramento e acompanhamento da população adscrita (BRASIL, 2012).

O espaço territorial passa a ser o *locus* operacional da ESF, que delimita a área de responsabilidade de determinada equipe. Cada equipe cadastra uma população de no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. As USFs são o local de trabalho da equipe e devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MENDES, 2011).

Desde sua criação, a ESF, enquanto principal meio de reorganização da APS no Brasil, vem sendo implantada de forma gradativa. Atualmente, a cobertura populacional no Brasil é de 62,54%, o Estado do Maranhão consta de 84% e São Luís com 30,4% de cobertura da população cadastrada (BRASIL, 2015).

A forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, se faz através da rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde. Esse serviço em rede é realizado em diversos sistemas públicos de saúde, em territórios delimitados, permitindo assim, o reconhecimento e a articulação dos recursos existentes (SANTOS, 2008; KUSCHNIR & CHORNY, 2010; OLIVEIRA, 2013; MENDES, 2011).

A figura 1 permite visualizar a mudança que representa o sistema hierárquico através da APS média e alta complexidade, para a Rede de Atenção à Saúde poliárquica, organizada e horizontal, feita por sistemas logísticos e eficazes de serviços, focada nas condições agudas e crônicas, por meio de uma rede integrada, de pontos de atenção à saúde, e que tem como objetivos, a melhoria da saúde da população, além da obtenção de resultados clínicos e economicamente viáveis (MENDES, 2009).

DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

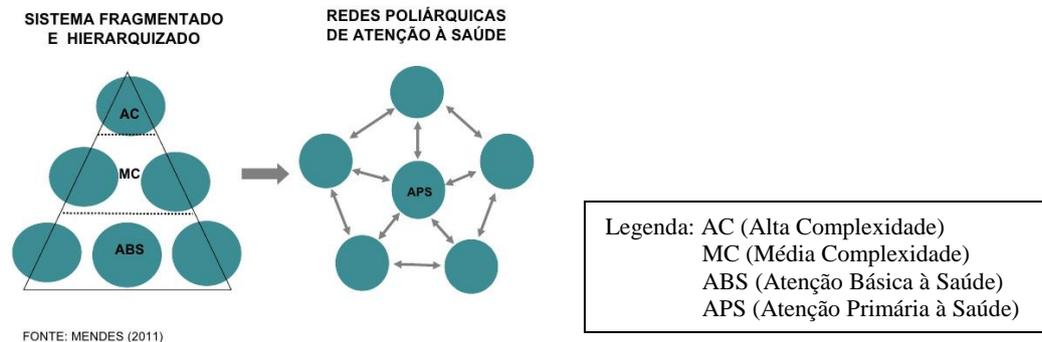


Figura 1 – Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde.

Fonte: MENDES (2011)

A APS não é um “programa” e sim uma proposta organizacional, que não se restringe somente a essa dimensão, e possui de fato, um escopo tecnológico ancorado nas propostas políticas que representa. Desta forma, pode-se identificar um conjunto de proposições ético-normativas que orientam um “dever ser” para a APS e que servem como um primeiro quadro referencial para a produção de parâmetros avaliativos (CHEN, 1990).

3.2 Diabetes Mellitus e seu impacto na saúde da população

A epidemia global das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) ameaça o desenvolvimento econômico e social, bem como a vida e saúde de milhões de pessoas. Essas doenças respondem pelas principais causas de morte e incapacidade no mundo e representa um grande desafio para o setor de saúde. (OPAS, 2007). Caracterizam-se por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e associação a deficiências e incapacidades funcionais (BRASIL, 2005).

Dentre as condições crônicas, o diabetes mellitus é considerado como importante problema de saúde pública, tanto pelo número de pessoas, incapacitações e mortalidade que podem acarretar, quanto pelo custo envolvido no controle e tratamento das suas complicações (MACHADO; CAMPOS, 2014).

O diabetes constitui uma doença de incidência e prevalência crescente entre a população, sendo o DM Tipo 2, a forma predominante em 90 a 95% dos casos (SBD, 2013). De acordo com cálculos estimados pela IDF, os atuais 387 milhões de pessoas com diabetes

tipo 2 aumentarão aproximadamente em mais de 50% nos próximos 20 anos, constituindo assim um problema de saúde pública em potencial e incidência crescente em todo o mundo (IDF, 2015).

No Brasil, um estudo realizado em Santa Catarina sobre o impacto do diabetes e os dados sobre a mortalidade são preocupantes em relação às DCNTs. Observou-se a tendência ao aumento no caso de óbitos para doenças do aparelho circulatório, que compreende a hipertensão arterial, e para as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, o diabetes. Fica evidente o aumento da carga de doenças crônicas para a população brasileira, principalmente no que tange aos recursos investidos nessa assistência, bem como os prejuízos para a população em virtude das complicações à saúde (MACHADO; CAMPOS, 2014).

O impacto do diabetes na qualidade de vida está relacionado às suas complicações altamente limitantes para a realização das atividades diárias e produtivas, comprometendo a qualidade de vida destes indivíduos. Essa condição crônica é o principal fator de risco para as cardiopatias e doenças cerebrovasculares e, geralmente, está associado à hipertensão arterial – outro importante fator de risco para o DM (FERREIRA; SANTOS, 2009).

Como condição crônica, o diabetes, exige da pessoa com a doença o seguimento de um regime terapêutico de autocuidado diário, que é necessário para manutenção do controle metabólico. Essa necessidade de adaptação somada à própria condição crônica poderia atuar influenciando negativamente na qualidade de vida dessas pessoas (GONÇALVES, 2007).

Os fatores relacionados ao seu incremento no quadro epidemiológico mundial são de várias dimensões e tornam sua abordagem bastante complexa. As transformações no modo de vida da sociedade, trazidas pela urbanização e o envelhecimento populacional, que vêm processando com relativa rapidez nos países em desenvolvimento, são os principais aspectos relacionados ao aumento (FELISBERTO et al., 2002).

Em geral o envelhecimento populacional, a crescente urbanização, o sedentarismo, as dietas hipercalóricas e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência dessa doença, configurando-a hoje, como uma epidemia mundial. Ao todo, 4 milhões de mortes por ano no mundo são determinadas por essa patologia e suas complicações (SBD,2013).

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, passa por um processo de transição demográfica e epidemiológica, caracterizado como “modelo contemporâneo ou retardado”, onde o processo de mudança é influenciado pela introdução maciça de tecnologia

e assistência médica, e não pelas modificações ecobiológicas e sócioeconômicas, tais como ocorreram na Europa, América do Norte e Japão (VENKAT et al., 2006).

Em um estudo multicêntrico realizado em nove capitais brasileiras (1986 - 1988), revelou uma prevalência de diabetes de 7,6% na população de 30 a 69 anos. Aproximadamente nove anos depois, outro estudo, realizado nas cidades de Ribeirão Preto e São Paulo, resultaram, respectivamente, prevalência de 12,1% e 7,7% (TORQUATO et al., 2003). Outro estudo de prevalência, realizado na cidade de Ribeirão Preto no ano de 2010 foi de 15,02% (MORAES et al., 2010).

Uns dos grandes impactos econômico da doença ocorrem nos serviços de saúde, oriundos dos custos do tratamento, sobretudo, de suas complicações cardiovasculares, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros inferiores, além dos custos previdenciários decorrentes de aposentadorias precoces, em virtude das incapacidades funcionais acarretadas pelas complicações (LEE et al., 2009).

No entanto, desde a implantação do SUS até o final da década de 1990, as diretrizes preconizadas ainda careciam de implementação plena. A atenção à saúde voltada para as necessidades dos usuários diabéticos ocorriam de forma fragmentada e descontinuada, tanto no que tange os aspectos clínicos, quanto às ações de promoção da saúde e redução de fatores de risco (BRASIL, 2004b).

Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de Atenção Básica aos diabéticos incluem:

O diagnóstico de casos, pela investigação de usuários com fatores de risco; cadastramento dos portadores; busca ativa de casos; tratamento dos casos, no acompanhamento ambulatorial, domiciliar e na educação terapêutica; fornecimento de medicamentos e curativos; monitoramento dos níveis de glicose dos pacientes; diagnóstico precoce de complicações; primeiro atendimento de urgência; encaminhamento de casos graves; medidas preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2005).

Neste mesmo ano, a Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios lançaram o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o objetivo principal de estabelecer diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no SUS. Essa reorganização se daria mediante a reestruturação e ampliação do atendimento básico voltado para a hipertensão e o diabetes, com ênfase na prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação de portadores à Rede Básica de Saúde (MENDES, 2009).

O Plano partiu de um diagnóstico de que em grande parte do país, o vínculo entre os portadores de diabetes e as USFs se dava de forma bastante precária, ocorrendo de modo não continuado nos serviços de urgência e emergência, sem a garantia da identificação de lesões em órgão alvo e do tratamento adequado, bem como, não eram realizadas, de forma sistemática, atividades de promoção da saúde ou buscando a redução de fatores de risco (MENDES, 2009).

O DM interfere em todas as dimensões da vida da pessoa gerando impactos na vida do portador, que vão desde a rotina mais trivial até o desejo de continuar a viver de modo saudável (TORRES-LÓPEZ et al., 2005). Para isso, os programas educativos para os diabéticos têm sido preconizados como uma das estratégias de cuidado, que mais contribuem para melhorar os indicadores relacionados à percepção dos aspectos físicos, da funcionalidade, da dor, da condição geral de saúde assim como da vitalidade dos aspectos sociais, emocionais e da saúde mental, que afetam a qualidade de vida destas pessoas (STRALEN et al., 2008).

3.3 Avaliação em Saúde

Avaliação é um termo bastante enfatizado no plano dos discursos e das práticas em diferentes campos e também na saúde, mas que se vem revalorizando face aos desafios e obstáculos que se apresentam, nos vários setores ligados aos planejamentos de ações de âmbito social e saúde. Tais desafios conferem destaque à avaliação de sistemas, organização de serviços e da atenção à saúde, quer como ferramenta de gestão na tomada de decisão ou como alocação de recursos de forma mais adequada, quer ainda como instrumento de democratização e empoderamento da população (BOSI; MERCADO, 2006).

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre a mesma, ou sobre qualquer um de seus componentes, de maneira que os diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, estejam prontos a tomar posição sobre a intervenção e a construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações (CONTANDRIOPOULOS, 2000a).

Segundo Brousselle (2013), avaliação em saúde consiste em fazer um julgamento, a partir de uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), voltada para a resolução

de problemas de saúde, visando aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou do seu produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação.

A avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presente em diversos âmbitos e campos do espaço. As suas diversas possibilidades de expressão, nesses diferentes campos, tem gerado uma polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatório, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicação das suas opções teóricas e técnicas (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000b). Entre as diversas definições existentes sobre o significado da avaliação, aquelas referentes à avaliação de programas sociais e de saúde têm conseguido maior consenso (SCRIVEN, 2001).

São nesses contextos, que a avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder as necessidades de informação dos gestores, que devem justificar suas escolhas, para públicos cada vez mais exigentes (DRUMOND et al., 1998).

No contexto histórico, os Estados Unidos foram pioneiros na produção de pesquisas em avaliação na década de 1920 e 1930, com ênfase na avaliação hospitalar (acreditação). Na década de 50 e 60, a avaliação estava focada para o processo e os efeitos sobre saúde-doença, desempenho do sistema e impacto sobre a saúde na população (FURTADO, 2006).

Dentre os pesquisadores de avaliação da qualidade de serviços de saúde, Avedis Donabedian se destaca no contexto mundial a partir da década de 60. Segundo Donabedian (1980), avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados.

Com o intuito de desenvolver esse escopo, ele desenvolveu uma metodologia conhecida como a Tríade de Donabedian. Neste modelo a avaliação da qualidade é realizada a partir da utilização de indicadores representativos de três aspectos principais: Estrutura, Processo e Resultado (DONABEDIAN, 1980; 2003).

O estudo da Estrutura desenvolve-se em um nível institucional e abrange a avaliação dos elementos estáveis da instituição e das características necessárias ao projeto assistencial, ou seja, avalia-se a área física, recursos humanos, materiais e financeiros incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços (REIS et al., 1990; D'INNOCENZO et al., 2006).

A análise de Processo tem como referencial o indivíduo e a população (REIS et al., 1990). Nesta abordagem realiza-se uma analogia entre as normas estabelecidas e os

procedimentos empregados; descrevem-se as atividades prestadas na assistência, competência médica no tratamento do problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e pacientes durante todo o período do atendimento, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento (OLIVEIRA, 2013).

Salienta-se que, no estudo de Processo, a avaliação poderá ser realizada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, por meio de observação direta da prática e de estudos baseados nos registros, utilizando critérios estabelecidos pelo estudo da eficácia e da prática rotineira, para efetuar um atendimento mais efetivo e de qualidade (DONABEDIAN 1980).

A avaliação do Resultado é considerada no que existe de mais próximo em termos de avaliação de cuidado total, porém ela sofre a interferência de inúmeros fatores. Nesta etapa da avaliação, verificam-se as mudanças relacionadas com o conhecimento e comportamento, no estado de saúde do paciente e as consequências e efeitos obtidos no cuidado da população, bem como a satisfação do usuário e do profissional envolvido na assistência (DONABEDIAN, 1992).

A flexibilização do processo de trabalho balizado pelas determinantes sociais incorporadas na interação, possibilitará que a concepção sistêmica adotada nesse referencial de avaliação, seja a de um sistema aberto, que levará em conta o poder de utilização do usuário para ampliar a acessibilidade à APS e os ajustes realizados no processo potencializarão a Atenção Primária como porta de entrada no SUS (SAMICO, 2010).

Tendo avaliado a estrutura, o processo e o resultado, a análise das condições de trabalho será direcionada a emitir juízo de valor, quanto à suficiência e adequação das condições necessárias, ou seja, as tecnologias (duras e leves) disponíveis na APS para a realização do processo de atenção. Essa abordagem propiciará a tomada de decisão direcionada à otimização dos recursos disponíveis (DONABEDIAN, 2003).

A partir da década de 1970, as publicações se intensificaram, aprofundando a dimensão técnica e econômica, visando verificar a efetividade (epidemiológica e clínica), as condições de produção, a operação e manutenção de equipamentos e materiais (BROUSSELLE et al., 2013).

Na Europa, Canadá e Austrália, a avaliação ganhou força a partir da década de 80, as publicações e pesquisas sobre serviços de saúde tinham como finalidade, a orientação para a utilidade e conhecimento produzido nos processos de decisão, a partir de critérios para determinar bons estudos avaliativos como: utilidade (informação necessária), viabilidade

(recursos), pertinência (necessidade), precisão (técnica e recorte) e pesquisa de cuidados e qualidade em saúde (FURTADO, 2006).

No Brasil, apesar da expansão dos serviços e tecnologias, ainda era incipiente na década de 1990. No setor público, a avaliação de programas existia discretamente; as Secretarias Estaduais de Saúde utilizavam metodologias para avaliar o desempenho do sistema de saúde, monitorando os indicadores de Atenção Básica, sendo que os poucos estudos avaliativos concentravam-se nas Universidades. Já no setor privado, a avaliação ocorreu na gestão, garantia da qualidade, acreditação e monitoramento hospitalar (NOVAES, 2004).

Questões levantadas nos estudos avaliativos como qualidade, efetividade e custo-efetividade, permitiam embasamento dos serviços, que deveriam ser adequados, efetivos, eficientes e aceitáveis. A perspectiva era populacional, com valorização dos dados secundários (FURTADO, 2006; NOVAES, 2000) (BROUSSELLE et al., 2013).

Patton (1997) ao desenvolver uma abordagem da avaliação denominada de “avaliação focada para utilização” inclui na sua definição, uma coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas; o propósito da avaliação, ou seja, fazer julgamentos sobre os programas e/ou para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações.

Atualmente, a avaliação como componente da gestão em saúde, tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação, nas diversas dimensões do SUS. O propósito fundamental é dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

A institucionalização da avaliação constitui-se em um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade. Institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional, no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas (HARTZ, 2004).

Ao se investir na institucionalização da avaliação busca-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (universalidade,

equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2002).

O campo da avaliação comporta uma multiplicidade de possibilidades de recortes do real, formas de definir abordagens, dimensões e atributos para as práticas avaliativas, que refletem, em alguma medida, as escolhas teóricas e pontos de vista dos diferentes atores implicados, que correspondem às suas posições no campo e espaços a que pertencem, como à sua formação intelectual, visão crítica e trajetória social (HARTZ, 2004).

Posto isto, as necessidades de saúde podem ser objeto de graus distintos de controle de causas, riscos ou danos, dependendo da fase de desenvolvimento da história de um agravo à saúde e das características do modelo assistencial implementado. Para cada um desses níveis de controle, existem diversas possibilidades de intervenção cujos atributos têm sido considerados como instrumentos indispensáveis para a avaliação das práticas e serviços de saúde (STRALEN et al., 2008).

3.4 Qualidade do serviço de saúde na perspectiva do usuário

Ao pesquisar-se sobre as teorias que norteiam a qualidade em saúde encontra-se uma série de conceitos e perspectivas diferentes sobre o que é essa qualidade, às vezes divergentes e, em alguns casos, antagônicos (DUNCAN et al., 2000). Esta diversidade torna as questões relacionadas com a qualidade na prestação de serviços de saúde difíceis e complexas de abordar.

Mezomo (2001), ao compartilhar desta ideia, complementa afirmando que, a qualidade se torna mais complexa na área da saúde, porque não age em função de um único serviço (produto final), pois este é sempre incerto, não obedece a padrões estabelecidos e sem qualidade uniforme.

O interesse crescente pela qualidade do serviço e satisfação dos usuários no setor de saúde teve início na década de 70, baseado em aspectos técnicos, estruturais e organizacionais da qualidade da atenção (ADAMI; MARANHÃO, 1995).

No contexto da otimização da efetividade, equidade, acesso e integralidade do serviço, a qualidade da atenção significa quanto às necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o

conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde (STARFIELD, 2002).

A qualidade em saúde deve ser analisada considerando-se as complexidades do sistema de saúde e da sociedade, que estão em constante evolução. Os diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde, como usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços, entre outros, devem ser considerados na definição da qualidade esperada (UCHIMURA; BOSI, 2004).

O papel do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria do serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (DONABEDIAN, 2003).

No século XXI, fatores como confiança, atualização, competência, humanidade, prestação, pontualidade, cordialidade, preparo técnico-científico e organização do ambiente de trabalho são referências para a satisfação de um cliente e/ou paciente que usa um serviço de saúde (ARAÚJO, 2003).

Atualmente, as investigações baseadas nos enfoques Estrutura, Processo e Resultado, firmados por Donabedian (1980), propõem um modelo integrativo com avaliação das relações entre a qualidade do cuidado, o estado de saúde e os gastos de recursos (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

É importante destacar que a análise isolada de cada componente da Tríade de Donabedian (1980) apresenta problemas e insuficiências. Por isso, para melhorar a avaliação, utilizasse uma metodologia apropriada, um conjunto de indicadores representativos das três abordagens, que resgata e analisa os elementos constitutivos das estruturas institucionais, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada (DONABEDIAN, 1992).

Indicadores de qualidade e instrumentos de estudos avaliativos são ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional e podem ser definidos como unidades de análises, quantitativas ou qualitativas, que monitorem e avaliem a qualidade das ações planejadas e executadas relativas à assistência e as atividades de um serviço de saúde (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 1992).

Os indicadores são analisados sob a ótica de sete atributos de cuidados de saúde. Donabedian (1990) estabeleceu sete pilares como forma de ampliar o conceito complexo de qualidade, denominado “Sete Pilares da Qualidade” que são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Os sete pilares da qualidade

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO DA DIMENSÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE
EFICÁCIA	É a capacidade do cuidado na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade da arte e ciência da saúde para produzir melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes circunstâncias.
EFETIVIDADE	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtidas. Melhoria na saúde alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade e efetividade pode mais precisamente ser especificada, como o grau em que o cuidado está sendo avaliado, para melhoria da saúde.
EFICIÊNCIA	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
OTIMIZAÇÃO	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
ACEITABILIDADE	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.
LEGITIMIDADE	Aceitabilidade do cuidado da forma com que é vista pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
EQUIDADE	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Fonte: Adaptado de Donabedian (1992)

Para que os sete pilares da qualidade seja introduzido na APS é necessário que os sujeitos introduzam o “olhar avaliador”, para que a avaliação seja orgânica aos processos de trabalho cotidianos, desde o profissional da unidade local de saúde, até a esfera federal no Ministério da Saúde. Cada ação ou intervenção proposta deve contemplar a sua avaliação, o como e o para que, esta ação, está sendo avaliada para requerer esforços fundamentais na criação de instrumentos e estratégias de integração, das iniciativas de avaliação existentes nas diversas esferas do SUS (BRASIL, 2003).

As interações entre atores, vivências e processos que constituem a prática de atuação dos serviços, contribuem para uma concepção mais abrangente do que aquela restrita ao uso instrumental dos resultados da ação (PATTON, 2001). Nessa perspectiva, o escopo da avaliação sobrepõe a dimensão objetivada da ação, tomando por objeto essencial as ações programáticas em saúde, as intervenções sociais planejadas, como também as representações articuladas pelos atores na atuação dos serviços de saúde (HARTZ, 2004).

As metodologias utilizadas atualmente na avaliação, que incorporam a visão do usuário, são vistas como parte de um paradigma no qual se reafirmam princípios relativos a direitos individuais e de cidadania (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Essa ideia perpassa todos os tipos de avaliação, uma vez que esta possui, como característica principal, o estabelecimento de um julgamento e atribuição de um valor a alguma coisa, que, quando positivo, significa ter qualidade (NOVAES, 2000).

Segundo Atkinson (1993), abordar a satisfação dos usuários implica fazer o julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva dos usuários fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços.

Para Donabedian (1980) a avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção dos instrumentos a serem utilizados na avaliação.

Grande parte dos estudos realizados nessa área tem se baseado fortemente no quadro conceitual proposto por Donabedian (2003), que apresenta duas vertentes principais: a primeira se baseia no modelo sistêmico, que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado, e a segunda se baseia em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecido como os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade (BRASIL, 2010).

Os elementos contemplados pelo sujeito na avaliação de níveis de satisfação envolvem uma ou mais combinações dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média das experiências passadas em situação de serviços similares e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável (ARAÚJO, 2003).

Essa preocupação com a qualidade da relação profissional-usuário torna-se tanto um meio quanto um fim a ser alcançado. Na qualidade de meio, essa relação apresenta-se como prerrogativa indispensável no processo de efetivação da garantia dos direitos

estabelecidos no plano legal pelo SUS, e que não são correspondidos no cotidiano das práticas de atendimento. Como fim, a qualidade da relação profissional-usuário justifica-se, também, porque a participação não é ainda uma característica visivelmente marcante na conduta dos usuários, apesar de ser uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde (TRAVERSO-YÉPEZ, 2004; MORAES, 2010).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Caracterização da pesquisa

Realizou-se um estudo de orientação avaliativo e natureza quantitativa, com usuários diabéticos da ESF de um Distrito Sanitário de Saúde do município de São Luís, Maranhão.

4.2 Caracterização do município de São Luís e do Distrito Sanitário de Saúde (DSS) Centro

A Ilha do Maranhão está situada no litoral setentrional brasileiro a 2°32' latitude Sul e 44°43' longitude Oeste, com área equivalente a 1.410,15 Km² sendo separada do continente pelo Estreito dos Mosquitos. Na ilha localizam-se quatro municípios: Raposa, Paço do Lumiar, São José de Ribamar e São Luís (IBGE, 2015).

De acordo com IBGE (2010), São Luís, capital do Estado do Maranhão, tem área territorial equivalente a 834.780 km², cerca de 1.039.610 habitantes sendo 96% na área urbana e 4% na área rural, densidade demográfica equivalente a 1.215,69 hab/km² considerada maior que a densidade do Estado.

Do ponto de vista estratégico, o SUS, utiliza uma variedade de nomenclaturas e divisões territoriais para operacionalizar suas ações. Nesse contexto, insere-se a estruturação do Distrito Sanitário como unidade operacional mínima do sistema de saúde, tendo uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde e perfil tecnológico adequado as características epidemiológicas da população distribuída em seu interior (GODIM et al., 2009).

A população de São Luís encontra-se distribuída no centro urbano composto por 122 bairros denominados de zona urbana, 122 povoados que recebem a denominação de zona rural e 100 Estabelecimentos de Saúde do SUS (IBGE, 2015).

No Maranhão, a ESF iniciou em 1994, começando pelo município de São Luís. O bairro Coroadinho é historicamente o berço da ESF no Estado do Maranhão; foi neste bairro, que surgiu o primeiro posto de saúde vinculado ao Centro de Saúde Carlos Macieira, instalado nas dependências da Unidade Mista do Coroadinho (NICOLAU, 2008).

O município de São Luís está organizado em sete DSS, seis na zona urbana (Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho, Itaqui-Bacanga e Tirirical) e um na zona rural (Vila Esperança) (Figura 3) (SÃO LUÍS, 2014).



Figura 2 - Distribuição dos Distritos Sanitários de Saúde do município de São Luís.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (2012)

Somente a partir de 2000, houve incremento das equipes, passando de 10 equipes (5% de cobertura populacional) para 47 equipes (17%). No ano de 2004, a cobertura populacional do Programa Saúde da Família passou de 49 equipes (17,3%) para 82 equipes (29,7%). Atualmente, o município possui 104 equipes consistidas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde atingindo uma cobertura populacional de aproximadamente de 30,74% (SÃO LUÍS, 2014) (Figura 4).

Distritos Sanitários de Saúde	População Atual	Nº de ESF Existentes	Nº de UBS Existentes	Cobertura Populacional %
Bequimão	178.822	06	03	8,9
Centro	86.131	10	04	46,5
Cohab	198.889	13	05	25,5
Coroadinho	134.442	04	03	13,7
Itaquí-Bacanga	122.989	17	07	31,2
Tirirical	242.344	37	14	50,3
Vila Esperança	90.305	17	12	60,9
TOTAL	1.053.922*	104	48	31,9

Figura 3 – Demonstrativo do Número de Equipes de Saúde da Família por Distritos Sanitários de Saúde de São Luís – MA.

* População estimada.

Fonte: Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, MA, 2014.

Para a realização deste estudo, escolheu-se aleatoriamente o DSS do Centro da

cidade de São Luís, Maranhão e por possuir em uma de suas USFs o serviço especializado de endocrinologia. Este DSS abrange quatro USF: uma no bairro da Liberdade, duas no São Francisco e uma no Centro (Figura 5).

Distrito Sanitário de Saúde	Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária
CENTRO	U.S.F. São Francisco	UPA São Francisco (Socorrinho II) Laboratório Central	-
	C.S Liberdade	C.S Paulo Ramos (Especialidades Médicas)	-
	C.S Paulo Ramos	CAPS Álcool e Droga	-
	C.S Bezerra de Menezes	Residência Terapêutica	-
C.S Paulo Ramos (Especialidades Médicas)			
CAPS II Monte Castelo			

Figura 4 – Organização da Rede de Saúde do Distrito Sanitário de Saúde Centro, São Luís – MA.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, MA, 2014.

4.3 Amostra

A amostra foi constituída por usuários diabéticos cadastrados e acompanhados pela ESF do Centro de Saúde Liberdade, USF São Francisco, Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos e USF Bezerra de Menezes durante as consultas de rotina. O período da coleta dos dados primários ocorreu durante os meses de junho e agosto de 2015.

Segundo dados da Secretária Municipal de Saúde de São Luís, nas USFs que abrange o DSS Centro, em 2014 foram cadastrados uma média de 766 diabéticos, destes 750 acompanhados na ESF; foram realizados 2.110 atendimentos para este grupo, uma prevalência de 2,1% diabéticos com 20 anos ou mais neste distrito (SÃO LUÍS, 2014).

Calculou-se a amostra para uma população de 750 diabéticos acompanhados na ESF do DSS Centro, no intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5% gerando uma amostra necessária de 255 participantes, porém durante o período de interesse foram encontrados 155 usuários que procuraram algum tipo de serviço nas USFs no distrito estudado.

Crítérios de inclusão: adultos portadores de DM, ser cadastrado no SIAB e acompanhado nas USFs que abrangem o Distrito Centro, e que necessitaram de atendimento

durante o período da coleta. Critérios de exclusão: adultos diabéticos com transtornos mentais e aqueles em investigação ou suspeita para o diabetes.

4.4 Instrumento e Procedimentos

4.4.1 PCATool/ PCATool-Brasil

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde. Criado por Starfield & cols. (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*, o PCATool mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS.

Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo) (PASARÍN et al., 2007).

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1980). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Desse modo, devido a ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS (CAMPBELL, 2000).

Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores. Harzheim & cols. (2006) avaliaram a confiabilidade e consistência interna (medida de fidedignidade do instrumento, que mostra como os itens se relacionam entre si com o resultado geral). O instrumento passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação e validação de conteúdo e de construto e análise de confiabilidade.

O Instrumento PCATool-Brasil crianças e adultos (usuários) foi validado por Harzheim & cols. (2006) e Duncan & cols. (2000) recebendo o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool- Brasil. A versão para profissionais está em

processo atual de validação, mas é possível o uso de uma versão em espelho da versão para Adulto.

A versão completa do Instrumento PCATool-Brasil versão adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS (BRASIL, 2010): Grau de Afiliação Utilização, Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidados, Coordenação do Sistema de Informação, Integralidade - Serviços Disponíveis, Integralidade - Serviços Prestados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária. Estes itens do PCATool-Brasil são descritos de maneira a captar a experiência do usuário com características de processo e estrutura de um serviço de saúde que, quando presentes, qualificam o atendimento prestado à população adscrita (STARFIELD, 2005).

Esses atributos são divididos em essenciais e derivados. Os atributos essenciais são (STARFIELD et al., 2005):

- 1) Acessibilidade - definida como o primeiro contato ou uso do serviço a cada novo problema ou episódio de um problema;
- 2) Longitudinalidade - definida como a capacidade da Unidade de Saúde para identificar a população eletiva, sendo que o usuário reconhece o serviço como fonte habitual de atenção;
- 3) Integralidade - definida como ações e estratégias, em que a USF deve fazer para que os pacientes recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde (mesmo que alguns não possam ser oferecidos eficientemente dentro delas), incluindo-se o encaminhamento a serviços secundários para consultas, serviços terciários, etc;
- 4) Coordenação - pressupondo alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, pelo uso de prontuários médicos, ou ambos. O serviço de APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe, em diferentes pontos de atenção do sistema de saúde.

Já os atributos derivados são:

- 1) Orientação Familiar - conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das enfermidades;
- 2) Orientação Comunitária - conhecimento do provedor sobre as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como planejamento e avaliação conjunta dos serviços;
- 3) Competência Cultural - envolve o reconhecimento das necessidades especiais das populações, que podem não estar em evidência pelas características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais.

Em alinhamento ao trabalho desenvolvido na versão completa do PCATool-Brasil, Oliveira & cols. (2013) desenvolveram a versão reduzida do Instrumento de Avaliação PCATool-Brasil versão usuários composta por 25 questões distribuídas nos atributos (Grau de afiliação, Acesso, Utilização, Longitudinalidade, Coordenação do cuidado e do sistema de informação, Integralidade dos serviços prestados e disponíveis, Orientação familiar e comunitária). Como medida de consistência, os resultados obtidos com a versão reduzida foram comparados aos resultados da versão completa, revelando análises e escores de APS concordantes.

O Instrumento PCATool-Brasil, na versão reduzida para usuários adultos (Anexo G) tem adequada validade e confiabilidade, podendo ser adotado como ferramenta de avaliação rápida de orientação para a APS nos serviços brasileiros, permitindo aos gestores tomada de decisão orientada por evidências para desenvolver ações de melhoria na qualidade dos cuidados ofertados à população (OLIVEIRA et al., 2013).

4.5 Análise Estatística

Os dados foram tabulados e consolidados utilizando as técnicas de estatística (distribuição de frequências, médias, desvios padrão) calculados no intervalo de confiança de 95% e nível de confiança em 0,05. Para isso, criou-se um banco de dados no Excel 2010 e exportado para o Stata.

O Instrumento de Avaliação da APS, o PCATool-Brasil, preconiza a construção de escores para cada um dos atributos e de um escore geral para análise do instrumento. Os escores para cada um dos seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo. O escore dos atributos essenciais é medido pela soma do escore médio dos componentes dos atributos essenciais dividida pelo número de componentes. Da mesma forma, é realizado o cálculo do escore dos atributos derivados (HARZHEIM et al., 2006).

O instrumento possui respostas possíveis para cada um dos itens como: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Para isso, é necessário seguir dois passos descritos abaixo (BRASIL, 2010):

1º Passo: Inversão dos Valores

Os itens C11 e D14 foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2º Passo: Respostas em branco com respostas “9”

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não calcular o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transformar o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

A média entre os escores dos atributos essenciais e o grau de afiliação produz o Escore Essencial (EE) da APS, e dos escores dos atributos derivados produz o Escore Derivado (ED) da APS. A média de todos estes escores produz o Escore Geral de APS. Para a transformação da escala tipo Likert de 1 a 4 para escores em escala de 0 a 10 foi realizada utilizando-se a seguinte fórmula (BRASIL, 2010):

$$\frac{(\text{escore obtido} - 1) \times 10}{4-1}$$

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

Foram considerados serviços com Alto Escore de APS aqueles que obtiverem valor maior ou igual a 6,6. O escore final de cada um destes atributos é dado pela média das respostas de seus itens (BRASIL, 2010).

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma em atendimento as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que norteia a pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para participação no estudo. A pesquisa está registrada com número do parecer 1.057.354/2015.

5 RESULTADOS

Título Resumido: QUALIDADE DO SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Título: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO.

QUALITY OF SERVICE ASSESSMENT PRIMARY HEALTH CARE IN USER PERSPECTIVE.

(artigo submetido à Revista de Saúde Pública, Fator de impacto: 1,283. Qualis A2)

Daniela Cristina Cardoso Aroucha Campelo¹

Marcos Antônio Barbosa Pacheco²

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma, São Luís – MA.

Rua Josué Montello, nº 1, Renascença II, Campus Renascença, CEP 65.075-120 São Luís, MA. Telefone: 98 3214-4265. E-mail: daniela.aroucha@yahoo.com.br

²Médico. Doutor em Políticas Públicas. Docente do Programa de Pós-Graduação em Gestão Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma, São Luís – MA. Rua Josué Montello, nº 1, Renascença II, Campus Renascença, CEP 65.075-120 São Luís, MA. Telefone: 98 3214-4265. E-mail: mmmarco@terra.com.br

RESUMO

Os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) – acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, comunitária e cultural – são eixos estruturantes do processo de atenção associados à qualidade dos serviços, à efetividade e a eficiência de suas intervenções. **Objetivos:** Avaliar a qualidade do serviço de APS pelos usuários diabéticos de um Distrito Sanitário de Saúde (DSS). **Métodos:** Estudo avaliativo quantitativo com investigação da presença e extensão dos atributos da APS mediante o Instrumento PCATool-Brasil versão reduzida para usuários aplicado em diabéticos maiores de 18 anos, cadastrados e acompanhados nas Unidades Saúde da Família (USF) do DSS Centro em São Luís, Maranhão no período de junho a agosto de 2015. **Resultados:** 62% são mulheres, 38% na faixa etária entre 60 e 69 anos, 43% casados, 36% com baixa escolaridade e 48% aposentados, 89% são portadores do diabetes tipo II, 68% dos diabéticos são hipertensos e 41% são portadores de retinopatia diabética. Com relação à qualidade do serviço, o escore dos atributos da Acessibilidade com 9,2 (IC: 8,82 – 9,55), Sistemas de Informação 9,5 (IC: 9,19 – 9,83) e Longitudinalidade 6,8 (IC: 6,52 – 7,14) tiveram os escores mais altos, enquanto que, Utilização com 6,1 (IC: 5,39 – 6,73), Coordenação do Cuidado 2,0 (IC: 1,64 – 2,39), Integralidade dos Serviços Disponíveis 5,8 (IC: 5,38 – 6,18) e Serviços Prestados 3,5 (IC: 3,43 – 3,61), Orientação Familiar 1,3 (IC: 0,95 – 1,61) e Comunitária com 0,3 (IC: 0,01 – 0,55) apresentaram-se com Baixo Escore para APS. O Escore Geral da APS resultou em 4,9 (IC: 4,43 – 5,46) sendo Baixo Escore de Orientação para APS. **Conclusão:** A expectativa do usuário com o acompanhamento do serviço de saúde para o diabético no DSS Centro em São Luís é alcançada a partir da acessibilidade, atendimento continuado e pela coordenação do sistema de informação, mas com determinadas fragilidades na integralidade, utilização e orientação familiar e comunitária.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The attributes of Primary Health Care (PHC) - access, longitudinality, completeness, coordination, family, community and cultural orientation - are structuring axes of the attention process associated with the quality of services, effectiveness and efficiency of their interventions. Objectives: To evaluate the quality of PHC service by diabetic users of a Health Sanitary District (DSS). Methods: Quantitative evaluative study with investigation of the presence and extension of APS attributes using the PCATool-Brazil Instrument reduced version for users applied in diabetics over 18 years of age, enrolled and followed up at the Family Health Units (USF) of the DSS Centro in São Luís, Maranhão from June to August 2015. Results: 62% are women, 38% are between 60 and 69 years of age, 43% are married, 36% are poorly educated, and 48% are retired. II, 68% of diabetics are hypertensive and 41% are diabetic retinopathy. Regarding the quality of the service, the score of the Accessibility attributes with 9.2 (IC: 8.82 - 9.55), Information Systems 9.5 (CI: 9.19 - 9.83) and Longitudinality 6.8 (CI: 6.52 - 7.14) had the highest scores, whereas, Use with 6.1 (CI: 5.39 - 6.73), Coordination of Care 2.0 (CI: 1.64 - 2.39 (IC: 5.38 - 6.18) and Services Provided 3.5 (IC: 3.43 - 3.61), Family Orientation 1.3 (IC: 0.95 - 1.61) and Community with 0.3 (CI: 0.01 - 0.55) presented low score for APS. The APS Overall Score resulted in 4.9 (CI: 4.43 - 5.46) being Low APS Guidance Score. Conclusion: The expectation of the user with the follow-up of the health service for the diabetic at the DSS Centro in São Luís is achieved through accessibility, continued care and coordination of the information system, but with certain weaknesses in the integrality, use and family orientation and community.

Key-words: Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Health Assessment.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização dos Sistemas de Saúde e tem demonstrado maior efetividade, acessibilidade e equidade no cuidado à saúde. Com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), a identificação dos fatores de risco, a prevenção e o controle do Diabetes Mellitus (DM) na APS, são fundamentais para evitar o crescimento epidêmico, assim como, as consequências negativas que elas trazem para a qualidade de vida e do sistema de saúde no país.

O Brasil tem buscado orientar o sistema de saúde à nível primário através da APS e tem utilizado a Estratégia Saúde da Família com a finalidade de acompanhar e monitorar de forma regular e organizada a todos os usuários¹. Nesse contexto, a atenção ao diabético é complexa e envolve uma multiplicidade de aspectos (manejo das co-morbidades, educação em saúde, tratamento, prevenção, rastreio, controle, etc) que vão além do simples controle glicêmico².

Segundo a Associação Americana de Diabetes (ADA)² a incorporação dos cuidados padronizados para o DM tem sido subutilizada na maioria dos cenários clínicos, principalmente a fragmentação do atendimento (falta da integralidade), duplicidade de serviços (falta de coordenação), inadequação nas informações clínicas e debilidade nos modelos para atendimento de doenças crônicas (falta de longitudinalidade), que pode ser resumido, na insuficiência da extensão de alguns atributos da APS³.

Uma abordagem fortemente utilizada para se avaliar um serviço de saúde é aquela proposta por Donabedian⁴ encontrada nos estudos avaliativos, a qual propõe a avaliação na tríade: estrutura, processo e resultados. Para estes estudos, é importante destacar a realização de análises quantificáveis sob o ponto de vista dos aspectos sociais, econômicos, demográficos, culturais, hábitos de vida necessários⁵, numa oportunidade de se verificar na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço e o controle da doença, para que o cuidado a nível primário seja resolutivo e abrangente.

Na busca bibliográfica realizada para a composição deste trabalho, verificou-se que, no Brasil, a publicação de pesquisas de avaliação sobre a atuação da APS, que não estejam relacionadas a uma doença ou um agravo específico, é incipiente⁶. Em sua maioria, são avaliações do impacto da implantação da ESF sobre a saúde e o bem-estar da população, por meio de indicadores fortemente determinados por fatores como renda, saneamento, educação, entre outros⁷.

Considerou-se também, que grande parte dos estudos de avaliação da APS, publicados nos últimos 14 anos, foi fomentada pelo governo federal brasileiro. A maioria desses estudos foi realizada em grandes municípios, na busca de subsídios científicos, que ratificassem a continuidade e a expansão da ESF^{7,8}.

Assim, este estudo, tendo como referencial teórico uma aproximação dos conceitos de Donabedian, objetiva avaliar, como os usuários diabéticos de um Distrito Sanitário de Saúde em São Luís/Maranhão, qualificam o serviço de saúde, a partir do acesso, utilização, vínculo, orientação e integralidade do cuidado evidenciados no *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) Brasil versão para usuários.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de orientação avaliativo e natureza quantitativa, com usuários da ESF do Distrito Sanitário de Saúde (DSS) Centro em São Luís – MA, que abrange quatro Unidades de Saúde da Família (USF): Centro de Saúde Liberdade, USF São Francisco, Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos e USF Bezerra de Menezes.

A amostra foi constituída por usuários diabéticos cadastrados e acompanhados pela ESF do Centro de Saúde Liberdade, USF São Francisco, Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos e USF Bezerra de Menezes durante as consultas de rotina. O período da coleta dos dados primários ocorreu durante os meses de junho e agosto de 2015. Foram excluídos, os diabéticos portadores de transtornos mentais e aqueles em investigação ou suspeita.

Calculou-se a amostra para uma população de 750 diabéticos acompanhados na ESF do DSS Centro (SÃO LUÍS, 2014) no intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5% gerando uma amostra necessária de 255 participantes, porém durante o período de interesse foram encontrados 155 usuários que procuraram algum tipo de serviço nas USFs no distrito estudado.

O instrumento utilizado para coleta dos dados foi o PCATool, criado por Starfield³, conhecido e validado em vários países, inclusive no Brasil, por Harzheim et al.⁹ (2006). Tem como parâmetro avaliar a APS voltado para adultos com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian⁴, que se baseia na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.

A versão completa do PCATool-Brasil para adultos contém 87 itens e a versão reduzida com 25 itens⁹, optando-se pela segunda. As perguntas são divididas em 9

componentes relacionados aos atributos da APS: Grau de Afiliação; Utilização; Acesso; Longitudinalidade; Coordenação do Cuidados; Coordenação do Sistema de Informação; Integralidade - Serviços Disponíveis; Integralidade - Serviços Prestados; Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

Os dados foram tabulados e consolidados utilizando técnicas de estatísticas como distribuição de frequências, médias, desvios padrão calculados no intervalo de confiança de 95%, nível de confiança em 0,05. Para isso, criou-se um banco de dados no Excel 2010 e exportado para o Stata.

Para analisar a qualidade do serviço de APS através do PCATool-Brasil, construiu-se escores para cada um dos atributos e de um escore geral para análise do instrumento. Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens, que compõem cada atributo ou seu componente. O escore dos atributos essenciais é medido pela soma do escore médio dos componentes dos atributos essenciais dividida pelo número de componentes. Da mesma forma, é realizado o cálculo do escore dos atributos derivados⁹.

As respostas são do tipo Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=0). A transformação da escala tipo Likert de 1 (escore mínimo) a 4 (escore máximo) para escores em escala de 0 a 10 foi realizada utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{escore obtido} - 1) \times 10}{4 - 1}$$

4-1

A média entre os escores dos atributos essenciais e o grau de afiliação produziu o Escore Essencial e dos escores dos atributos derivados produz o Escore Derivado. A média de todos estes escores produziu o Escore Geral de APS. Foram considerados serviços com Alto Escore de APS aqueles que obtiverem valor maior ou igual a 6,6⁹.

De acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, todos os entrevistados receberam esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo, ausência de riscos ao entrevistado, garantia de sigilo das informações e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma com número do parecer 1.057.354/2015.

RESULTADOS

Foram abordadas 151 pessoas diabéticas durante os atendimentos nas USFs Liberdade, Dr. Paulo Ramos, Bezerra de Menezes e São Francisco que abrangem o DSS Centro, durante os meses de junho a agosto. Destas, 89% (143) aceitaram participar da pesquisa.

Na Tabela 1 pode-se observar que 62% (89) são mulheres, 38% (55) estão na faixa etária entre 60 e 69 anos (média: 64,55; DP: 2,94), 36% (52) possuem o ensino fundamental incompleto, 43% (62) casados, 48% (68) aposentados. A distribuição dos usuários entrevistados nas USFs do Distrito Centro: 30% (43) participantes no Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos, 27% (38) no Centro de Saúde Liberdade, 24% (35) na USF São Francisco e 19% (27) na USF Bezerra de Menezes.

Observa-se na Tabela 2, as características do estado de saúde dos diabéticos, onde, 89% (127) são portadores do diabetes tipo 2, 68% (84) possuem como comorbidades o diagnóstico confirmado para hipertensão arterial, 59% (85) relataram ter complicações relacionadas ao diabetes, destas, 41% (58) referiram a retinopatia diabética como principal complicação do DM.

Com relação à qualidade do serviço de saúde nas USFs do Distrito Centro, observa-se na Tabela 3, o Escore Geral de APS estimado pelo PCATool-Brasil para usuários (versão reduzida) resultado em 4,9 (IC: 4,43 – 5,46) sendo Baixo Escore de Orientação para APS. O Escore Essencial foi de 6,1 (IC: 5,71 – 6,55) considerado ainda em baixo escore. O escore dos atributos como, Acesso com 9,2 (IC: 8,82 – 9,55), Coordenação dos Sistemas de Informação com 9,5 (IC: 9,19 – 9,83) e Longitudinalidade do Cuidado Continuado com 6,8 (IC: 6,52 – 7,14) tiveram os escores mais altos. Enquanto que, os atributos de Utilização com 6,1 (IC: 5,39 – 6,73), Coordenação do Cuidado com 2,0 (IC: 1,64 – 2,39), Integralidade dos Serviços Disponíveis com 5,8 (IC: 5,38 – 6,18) e Serviços Prestados com 3,5 (IC: 3,43 – 3,61), Orientação Familiar com 1,3 (IC: 0,95 – 1,61) E Comunitária com 0,3 (IC: 0,01 – 0,55) apresentaram-se com Baixo Escore para APS.

DISCUSSÃO

As características sócio-demográficas dos diabéticos entrevistados foram semelhantes em outros estudos^{6,10} em contextos similares, com predomínio de mulheres, média de idade de 65,3 anos, casados, aposentados e com educação primária não finalizada.

Observou-se também que a mulher teve maior participação no estudo, assim como a presença ou procura por atendimento no serviço de saúde corroborando com a ideia de Gomes et al¹¹ (2007) quase consensual de que o cuidar da saúde está mais atrelado ao âmbito feminino. Este fato infere uma situação social em que a mulher tem papel nuclear no grupo familiar e no cuidado à saúde. Ibáñez et al¹² (2006) destaca que, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Isto reforça a necessidade de investir na qualificação da atenção à saúde masculina no âmbito da ESF em São Luís. A desigualdade de gênero no uso dos serviços de saúde indica tanto diferenças no comportamento dos indivíduos, quanto à característica da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros^{13,14}.

Os homens buscam menos APS e, muitas vezes, acabam utilizando a atenção especializada para questões sensíveis à atenção primária, invertendo a lógica da ESF como porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS)^{11,15}. Além da fragilização da APS como porta de entrada para o SUS, esta situação pode acarretar sobrecarga dos serviços de urgência com casos não urgentes¹⁶, como resultado da busca por atenção à saúde do homem, que trabalha durante o dia e, portanto, não consegue acessar os serviços disponíveis nesse horário.

Pode-se verificar que, a frequência de usuários diabéticos aumenta consideravelmente após os 40 anos e o pico máximo ocorrem na faixa etária de 60 a 69 anos. Para Espírito Santo¹⁶ (2012) a presença do público idoso é expressiva e em grande quantidade nas USFs. Segundo o autor, a idade avançada é um entrave à adesão ao tratamento de doenças crônicas permitindo um maior vínculo deste grupo nos serviços de APS, além da presença das alterações cognitivas e funcionais decorrentes da senescência acerca da doença.

O baixo nível de escolaridade encontrado no estudo revela uma problemática de repetição em outros estudos^{15,17}, devido ao controle, monitoramento e tratamento do DM, no que concerne a compreensão e assimilação das informações fornecidas pelos profissionais de saúde, eleva a responsabilidade das equipes de saúde em desenvolverem atividades educativas baseado na escolaridade do público alvo.

Silva et al¹⁷ (2011) elenca que a baixa escolaridade é um fator que dificulta o aprendizado do paciente na medida em que aumenta a complexidade do tratamento da doença, o que exige, por conseguinte, habilidades cognitivas mais complexas e da presença de um acompanhante nas consultas e procedimentos realizados nas USFs.

Os usuários diabéticos relataram ser casados e aposentados. Para Otero⁶ (2007) o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar e no auto-cuidado, sendo um fator decisivo para o estímulo do controle glicêmico. A condição de ser aposentado poderia inclusive, se apresentar como momento oportuno para realização de caminhadas e modificações na dinâmica de vida como elenca Silva¹⁷ (2011) adotando-se práticas mais saudáveis que culminariam com o controle adequado da doença.

Guidoni¹⁸ destaca também que, devido aos elevados custos com esta enfermidade, por causa das complicações como, neuropatia diabética e amputações de membros inferiores, os diabéticos podem ficar impossibilitados de trabalhar e passam a depender da aposentadoria, o que sobrecarrega a previdência pública.

A hipertensão arterial foi a principal comorbidade apontada pelos entrevistados, assim como a prevalência do diabetes tipo 2. Os principais fatores responsáveis pelo aumento da prevalência do diabetes tipo 2, segundo Viana¹⁹ (2012) são as alterações no estilo de vida e a esperança de vida ao nascer, uma vez que suas características estão relacionadas a fatores hereditários, estilo de vida e a manifestação após os 35 anos de idade.

Para Sala et al¹⁵ (2011) a hipertensão arterial representa um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares associadas ao diabetes, juntas constituem a principal causa de prevalência e morbimortalidade da população brasileira. Evidencia-se também no estudo de Van Stralen et al²¹ (2008) um pior controle pressórico nos diabéticos, apontando para uma necessidade de aprimorar as ações programáticas desenvolvidas para esse grupo populacional.

Com relação as principais complicações relacionadas ao diabetes, à avaliação oftalmológica apresentada nos estudos de Silva¹⁷ foram semelhantes neste estudo. Verificou-se alta a ocorrência de problemas visuais devido ao não controle metabólico e glicêmico, a não realização e resultados de exames para rastreio e classificação da retinopatia diabética²². Esse dado mostra que os profissionais não estão seguindo as recomendações do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensos e Diabéticos.

Os atributos classificados pelos usuários como Alto Escore para APS foram afiliação, acesso ao serviço de saúde, longitudinalidade do cuidado continuado e coordenação

do sistema de informação revelando maior grau de satisfação. Os valores dos atributos do grau de afiliação e acessibilidade pelo usuário da ESF do Distrito Centro em São Luís foram satisfatórios, informando que os mesmos priorizam utilizar e depositar a responsabilidade pelo seu atendimento na ESF.

Em um estudo realizado em São Paulo²² foi encontrado alto escore no atributo afiliação e acessibilidade. Giovanella²³ destaca que é importante que os dados sejam interpretados à luz do perfil dos respondentes do contexto sócio-econômico, do estado pesquisado, da “influência da cultura política e dos filtros de mediação” que, de alguma forma, condicionam as expectativas e o nível de satisfação dos pacientes.

O atributo Longitudinalidade recebeu o terceiro maior escore na avaliação dos usuários, assim como em outros estudos^{24,25}. Para Elias²⁴ (2006) o resultado positivo da avaliação da longitudinalidade é esperado pela boa avaliação no atributo acesso, já que a ESF tem no seu ideário o estabelecimento de vínculo entre a família e os profissionais da unidade. Giovanella²³ destaca que sua presença não é aquisição simples. Para esse autor, ainda que o estabelecimento do vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só é possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e os mecanismos de fixação dos profissionais na Unidade de Saúde.

O atributo da coordenação do sistema de informação obteve também alto escore, o que demonstra a importância do investimento feito pelo município no sistema informatizado considerado um elemento facilitador. Em outros estudos brasileiros encontraram-se altos escores para este atributo²⁵.

No que se refere à utilização, coordenação do cuidado, integralidade dos serviços prestados e disponíveis, orientação familiar (atenção à saúde da família) e comunitária (reconhecimento do serviço das necessidades de saúde da comunidade) não satisfazem a população estudada, evidenciando um Baixo Escore para o serviço de APS.

A utilização do serviço foi apontada pelos participantes como insatisfatória, não corroborando os achados do atributo da acessibilidade. Isto acontece porque os usuários do DSS Centro ao adoecer ou apresentar um novo problema de saúde, os mesmos procuram antes a outros serviços de saúde, principalmente aos serviços de emergências.

Em geral, o usuário costuma procurar as emergências quando considera que o problema de saúde é grave ou quando avalia que a APS não irá resolver seu problema. Esse resultado encontrado no Distrito Centro em São Luís é semelhante ao encontrado na região

Centro-Oeste²⁴. A ocorrência da grande procura pelo atendimento nas emergências se deve ao fato, que as USFs não funcionam nos fins de semana, o que leva a descontinuidade do processo de cuidado da ESF.

Ao referirem a utilização dos serviços de consultas médicas no Distrito Centro, os usuários relataram serem acompanhados por um clínico geral. Os mesmos destacam que há escassez e/ou a ausência de encaminhamentos para o serviço especializado, implicando em prejuízo no processo de cuidado, visando ao não alcance da integralidade em saúde. Essa insatisfação é indicativo para baixa resolutividade e qualidade da ESF. Giovanella²³ elenca que, fatores como, presença de um centro coordenador da assistência aos usuários e profissionais especialistas, capacitados e qualificados para atendimento, ajudam a fortalecer a ESF.

No atributo da Integralidade (Serviços Disponíveis e Serviços Prestados) foram alcançados baixos escores na avaliação pelos usuários diabéticos. Segundo os entrevistados das USFs São Francisco, Bezerra de Menezes e Paulo Ramos referiram que não há serviços de orientação alimentar (nutricionista), práticas esportivas ou exercícios físicos orientados (educador físico) e aconselhamento para os problemas de saúde mental; apenas no Centro de Saúde Liberdade há os dois primeiros inclusive serviço especializado (endocrinologista). Outras avaliações tiveram resultados semelhantes^{21,25}.

A equipe de saúde deve reconhecer a variedade das necessidades do paciente e disponibilizar recursos para atendê-las, quando necessário, e em todos os momentos do ciclo de vida do usuário utilizando, inclusive, a criatividade multidisciplinar que toda equipe deve cultivar. Itens relacionados ao atributo da integralidade, como a distribuição de medicamentos, prevenção de queda, investigação dos fatores de riscos, cuidados com o pé diabético podem ser fatores que contribuem para cronicidade da doença²⁰ e que afetam a resolutividade do serviço de saúde.

A avaliação do atributo da Orientação Comunitária e Familiar recebeu um baixo escore por parte dos entrevistados. O plano de estratégia educativa para promoção do autocuidado para diabéticos mostra que há escassez acerca das ações preventivas. Os resultados negativos para esses atributos foram uma unanimidade nos estudos realizados no Brasil, que utilizaram o PCATool, independentemente da versão proposta^{15,17}.

Considera-se, assim, que o usuário não experimenta/percebe a qualidade de Orientação Familiar e Comunitária nas ações dos serviços de saúde. Mais importante do que verificar o não alcance de um índice numérico que meça a qualidade assistencial é refletir

sobre a persistência da prática centrada no profissional, oposto do que foi proposto na mudança de modelo assistencial a ser efetivada pelo SUS, a partir da reorganização da APS com a ESF²⁵, para a qual a unidade de cuidado mais importante é a família.

O processo educativo em diabetes deve ser parte integrante do atendimento clínico, e, imprescindível para o alcance do controle metabólico do usuário com DM. Elias²⁴ (2006) chama a atenção para o fato de que, vários estudos de avaliação se repetem ao encontrar um valor baixo para o atributo de Orientação Comunitária, sendo que o mesmo é um dos componentes essenciais da ESF²⁵.

Na avaliação geral de orientação para APS foram computados 4,9 (IC: 4,43 – 5,46) resultando em Escore Geral Baixo. Esses resultados levam a inferir que, apesar da cobertura dos serviços e o aumento do número de ESF na microrregião de São Luís, a mesma ainda possui fragilidades no que se constitui a porta de entrada abrangente para o SUS.

A posição da ESF como centro coordenador do cuidado nos demais níveis assistenciais é reconhecida, mas é necessário que se tenha uma política clara, de prioridades e integrada nos diversos setores do SUS, para o acompanhamento, controle da doença e referenciamento dos indivíduos diabéticos, com garantia de todos os itens do processo, em especial, a utilização e integralidade do cuidado.

Algumas limitações metodológicas devem ser consideradas na interpretação de nossos resultados: o Instrumento de Avaliação PCATool-Brasil é um instrumento quantitativo, o que pode levar à perda de algumas dimensões subjetivas do cuidado, melhor captadas por metodologias qualitativas. Além disso, apenas a experiência do usuário foi abordada (objeto da pesquisa), sem levar em consideração o papel do gestor e a experiência dos profissionais de saúde, assim como, o tamanho da amostra estudada (que não obstante, se constitui em todo universo de pacientes diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde no período de interesse).

A expectativa do usuário com o acompanhamento do serviço de saúde para o DM no DSS Centro de São Luís é alcançada, a partir do atributo da acessibilidade, atendimento continuado e pela coordenação do sistema de informação, mas com determinadas fragilidades nos atributos como, utilização do serviço, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e integralidade dos serviços prestados e disponíveis, considerado insatisfatório pela população adscrita. Entretanto, apesar de considerada insatisfatória, as pessoas utilizam os serviços da ESF para entrar no SUS.

Ambiciona-se com os resultados desta pesquisa, que as equipes introduzam em sua rotina de trabalho a preocupação com a satisfação do usuário, em relação ao serviço e à assistência oferecida. É fundamental que se incorpore no cotidiano das equipes de saúde, planificação constante e intervenção nos processos de trabalho, e mecanismos de avaliação permanente, a fim de identificar os fatores facilitadores e dificultadores para o bom relacionamento entre usuário e serviço, visando à melhoria da qualidade da assistência e consequentemente a satisfação do usuário.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Estudo realizado com recursos próprios e sem incentivo financeiro de fontes públicas ou privadas.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

COLABORADORES

Daniela Cristina Cardoso Aroucha Campelo participou da concepção do estudo, revisão da literatura, revisão das bases de dados, análise dos resultados, construção de tabelas e redação do texto. Marcos Antônio Barbosa Pacheco participou da concepção do estudo, análise e discussão dos resultados e revisão do texto.

APRESENTAÇÃO PRÉVIA

Daniela Cristina Cardoso Aroucha Campelo.

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma, 2016.

Título da Dissertação: Avaliação da qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário diabético.

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos usuários diabéticos adscritos aos serviços de APS do Distrito Centro, São Luís - MA, 2015.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	54	38
Feminino	89	62
Faixa Etária		
20 a 29	5	3
30 a 39	4	3
40 a 49	14	10
50 a 59	27	19
60 a 69	55	38
70 a 79	30	21
80 ou mais	8	6
Escolaridade		
Fundamental Completo	14	10
Fundamental Incompleto	52	36
Médio Completo	32	22
Médio Incompleto	17	12
Superior Completo	3	2
Superior Incompleto	11	8
Analfabeto	14	10
Estado Civil		
Solteiro	38	27
Casado	62	43
Divorciado	16	11
Viúvo	26	18
Outros	1	1
Ocupação		
Empregado	48	34
Desempregado	22	15
Aposentado	68	48
Outros	5	3
USF		
Dr. Paulo Ramos	43	30
Liberdade	38	27
Bezerra de Meneses	27	19
São Francisco	35	24

Tabela 2. Características do estado de saúde dos usuários diabéticos adscritos aos serviços de APS do Distrito Centro, São Luís - MA, 2015.

Variáveis	n	%
Comorbidades		
Hipertensão	84	59
Dislipidemia	16	11
Sobrepeso/Obesidade	28	20
Outros	15	10
Tipo de Diabetes		
Tipo 1	16	11
Tipo 2	127	89
Complicações do Diabetes		
Sim	85	59
Nefropatia	17	12
Neuropatia periférica	6	4
Retinopatia	28	20
Cardiopatia	15	10
Amputação	19	13
Não	58	41

Tabela 3. Média dos Escores Essencial, Derivado e Geral dos atributos da APS, obtidos da pontuação resultante das entrevistas do PCATool-usuários das Unidades Saúde da Família do Distrito Centro, São Luís – MA, 2015.

Atributos	Média (\bar{x})	DP (σ)	IC (95%)
Escore Essencial	6,12	2,54	(5,71 – 6,55)
Acesso	9,2	2,2	(8,82 - 9,55)
Utilização	6,1	4,1	(5,39 - 6,73)
Longitudinalidade	6,8	1,9	(6,52 - 7,14)
Coordenação – Cuidados	2,0	2,3	(1,64 - 2,39)
Coordenação – Sistemas de Informação	9,5	1,9	(9,19 - 9,83)
Integralidade – Serviços Disponíveis	5,8	2,4	(5,38 - 6,18)
Integralidade – Serviços Prestados	3,5	3,5	(3,43 - 3,61)
Escore Derivado	0,8	0,5	(0,72 – 0,88)
Orientação Familiar	1,3	2,0	(0,95 - 1,61)
Orientação Comunitária	0,3	1,6	(0,01 - 0,55)
Escore Geral	4,9	3,1	(4,43 – 5,46)

REFERÊNCIAS

1. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-256, 2003.
2. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28 (supl 1).
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
4. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian, A. Explorations in quality assessment and monitoring. V. I, p. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
5. Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região centro-oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(Suppl1): s148-s58.
6. Otero LM, Zanetti ML, Teixeira CRS. Características sócio-demográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev Latino-Am-Enferm*. 2007 Set-Out; 15(esp): 768-763.
7. Bodstein R et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, set. 2006.
8. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública*, 2001; 35: 88-95.
9. Harzheim E, Oliveira MMC, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):256-63. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823)
10. Batista MCR, Priore SE, Rosado LEFPL et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev Nutrição*. 2005; 18: 219-228.
11. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, RJ 23 (3): 565-574, março, 2007.

12. Ibãñez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana AL. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):683-703.
13. Viana Ald'Ávila et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. supl. 1, p. s79-s90, 2008.
14. Travassos C. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5):365-373.
15. Sala A et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, dez. 2011.
16. Espírito Santo MB. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na Atenção Primária à Saúde. *Rev Enfermagem*, vol 15, n 01, jan/abril, 2012.
17. Silva ASB, Santos MA, Teixeira CRS, Damasceno, MMC, Camili J, Zanetti ML. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 512-8.
18. Guidoni CM, Oliveira CMX, Freitas O, Pereira LRL. Diabetes mellitus e Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* 2009, 45(1):37-48. [acesso: 18 de outubro de 2015]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.ph.?pid=S198425020090001000005&script=sci_arttext
19. Viana LMM. Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias. [dissertação de mestrado] Universidade Federal do Piauí, 2012.
20. Pereira MJB et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, mar. 2011.
21. Van Stralen CJ et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. supl. 1, p. 148-158, 2008.
22. Reis RS et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013.

23. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-89, 2003.
24. Elias PE et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, set. 2006.
25. Oliveira EB et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 264-273, 2013.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar a qualidade de um serviço de saúde, a partir dos atributos de Orientação da Atenção Primária à Saúde, que vão desde o acesso (porta de entrada) até as atividades de prevenção e promoção da saúde, deveria ser pauta nas discussões de toda equipe de saúde e estar presente nos planejamentos anuais das unidades e nas prestações de informações para a comunidade e sociedade em geral.

Porém, criar uma cultura avaliativa, principalmente quando há discussão ou temas relacionados às questões sociais ou de saúde, exige certos cuidados na interpretação dos dados obtidos, além da utilização de instrumentos e de metodologias de avaliação que tenham a sensibilidade de captar informações na relação entre usuários, trabalhadores da saúde e gestores dos serviços de saúde.

Neste estudo, a partir da metodologia e instrumentos utilizados, obtivemos um perfil, cujos participantes possuíam uma média de idade de 64,55 anos, mulheres, casados, com baixa escolaridade e aposentados. A forma predominante do diabetes foi o Tipo 2, a comorbidades mais apontada foi a hipertensão e a principal complicação foi a retinopatia diabética.

A qualidade dos serviços de saúde do Distrito Centro em São Luís foi considerado em Baixo Escore de Orientação para APS. É perceptível que os saberes e práticas avaliados reforçam a caracterização do modelo de atenção vigente com predominância ainda de ações curativas e individuais o que ocasiona fragilizações na porta de entrada e integralidade do SUS.

O conjunto dos atributos de APS nos permitiu afirmar avanços na implantação da Atenção Básica no que diz respeito à cobertura e ao aumento do número de ESF, através do acesso, atendimento continuado e sistema de informação, possibilitando aos usuários manifestarem satisfação com o elenco do serviço, atendimento continuado e a busca da Unidade de Saúde da Família.

Por outro lado, os atributos como utilização, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, orientação familiar e comunitária foram considerados insatisfatórios pelos usuários, indicando que precisamos voltar a atenção para a transformação das práticas profissionais de promoção, prevenção e aumento da oferta de serviços para população adscrita.

O maior desafio da gestão consiste no exercício de suas funções, que exige uma ética que privilegie o bem estar dos usuários e da comunidade, além de colocar as questões da organização do trabalho na perspectiva das intenções de satisfação, de necessidades da população e qualidade do serviço, para os quais o trabalho multiprofissional é um dos instrumentos de realização.

Os resultados desta investigação de caráter avaliativo da APS proporciona dignidade aos sujeitos do processo e informações essenciais para a gestão como porta-vozes do problema em questão. Assim, gestores e profissionais de saúde, são capazes de reconhecer as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde, buscar continuamente processos de trabalhos que possam satisfazê-los, assim como melhores características organizacionais e de desempenho para fortalecimento da APS.

REFERÊNCIAS

Adami NP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. Rev. Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v. 8, n. 4, maio./dez. 1995, p.47-55.

Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, et al, editors. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fioctuz; 2006. p. 783-836.

Araújo IC. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará. 126f. Dissertação [Mestrado]. São Paulo: USP, 2003.

Atkinson SJ. Anthropology in research on the quality of health services. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 1993, p. 283-299.

Bosi MLM, Mercado FJ. (Orgs.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoque emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do sistema Único de saúde brasileiro. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em: 26 out 2015

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de saúde. Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. (Legislação em Saúde, E).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

Bruno R, Gross JL. Prognostic factors in Brazilian diabetic patients starting dialysis: a 3,6 year follow-up study. *J Diabetes Complications*, v. 14, n. 5, p. 266-271, 2010.

Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, England, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

Chen HT. *Theory-Driven Evaluations*, Newbury Park, Califórnia, Sage, 1990.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup1, p. S7-S27, 2008.

Contandriopoulos AP et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et methods. *Revue d'Épidémiologie et Santé Publique*, 48: 517-539, 2000a.

Contandriopoulos AP et al. À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI siècle. In: POMEY, M.P. & POULLER, J.P. (Dir.). *Santé Publique*. Paris: Ellipses, 2000b.

D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

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

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

Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press, 2003.

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

Drumond MF et al. Méthodes d'Évaluation Économique des Programmes de Santé. 2^{ed}. Paris: Economia, 1998.

Felisberto E et al. Avaliação do processo de implantação da estratégia de atenção integrada de doenças prevalentes no programa saúde da família, no estado de Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, RJ, v. 18, n. 6, p.1737-1745, Nov-dez, 2002.

Ferreira FS, Santos CB. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela Equipe de Saúde da Família. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 406-411, 2009.

Furtado JP. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W.S. Organizador. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz. 1^{ed}. 2006 p. 715-739.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p. 1171-1181, jun, 2006.

Godim M, Grácia MM, Monken M, Rojas LI, Barcelos C, Peiter P, Gracie R. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e territorialização. IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Recife, 2009.

Gonçalves MR. Associação entre a qualidade da Atenção Primária à Saúde e o processo de Atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre. [dissertação de mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande Sul, Rio Grande do Sul, 2007.

Gusso GFD. Terminologia da Atenção Primária à Saúde. Faculdade de Medicina da USP 2007. Disponível em: <<http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/terminologia.pdf>> Acesso em: 16 ago 2015.

Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Gonçalves MR, Trindade TG et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Serv Res. 2006 Dec 5; 6: 156. PMID:17147819 PMCID:PMC1790713. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>> Acesso em: 02 dez. 2014.

Harzheim et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e a integralização de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública, v. 20 Sup 2, p. 5331-5336, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Estimativa da População 2014. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/NM6>> Acesso em: 23 mai. 2016.

IDF. International Diabetes Federation. Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for Type 2 diabetes. Brussels: International Diabetes Federation. Ref Type: Generic Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc. Sci. Med 2015 Dec; 51(11):1611-25.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Accreditation manual of hospitals. Nursing Care, p. 79-85, 1992.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.

Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J et al. Development of the Korean primary care assessment tool measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. Int J Qual Health Care. 2009 Apr1; 21(2): 103-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp007> Acesso em: 02 dez. 2014.

Machado LE, Campos R. O impacto da diabetes mellito e da hipertensão arterial para a saúde pública. Saúde Meio Ambiente, v. 3, n. 2, p. 53-61, jul./dez. 2014.

Mendes EV. As redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre estas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 176p.

Mendes EV. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados: cadernos de apresentação. Brasília, DF: CONASS, 2009. p. 49-76.

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

Nicolau LS. A Estratégia Saúde da Família no município de São Luís: avanços e desafios. 2008. 134f. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20 sup2, p. S147-S173, 2004.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma Ata. In: Proceedings of the Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978. Alma Ata (URSS); 1978.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma Ata, URSS, 6-12 setembro de 1978-2000. 2007. Disponível em: <www.opas.or.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> Acesso em: 23 abr 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Saúde nas Américas. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 2007. 449p. (Publicação Científica e Técnica, 622).

Oliveira MMC. Teoria da resposta ao item: aplicação na avaliação de orientação para atenção primária à saúde [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.

Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):256-63. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)823](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)823)> Acesso em: 21 jul 2015.

Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrel C, Starfield B. A Tool to Evaluate Primary Health Care From the Population Perspective. Aten. Primaria. 2007; 39(8): 395-403.

Patton MQ. Evaluation, knowledge management, best practices and high quality lessons learned. American Journal of Evaluation, v.22, n.3, p. 329-336, 2001.

Patton MQ. Utilization-Focused Evaluation [1978]. Beverly Hills: Sage Publications, 1997.

Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. 196 p.

Santos L. O que são Redes? In: Silva FS. (Org.) Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas: Idisa/Conasems, 2008. p. 29-65.

São Luís. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Solicitação de credenciamento para expansão das Equipes de Saúde da Família no município de São Luís. Fevereiro, 2014.

Scriven M. Evaluation: future tense. *American Journal of Evaluation*, v. 22, n.3, p. 301-307, 2001.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005b; 83(3): 457-502.

Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice, United States*, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região centro-oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(Suppl1): s148-s58. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>> Acesso em: 12 mai 2015.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 4ª ed. São Paulo: Itapevi; 2013.

Traverso-Yepez M, Moraes NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública [artigo]*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100022&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12 June 2014.

Torres-Ópez TM, Sandoval-Díaz MS, Pando-Oreno M. Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crônicos en um barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 101-110, jan. 2005.

Torquato MTCG. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 121, p. 224-230, 2003.

Uchimura KY, Bosi MLM. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde resgatando a subjetividade. In: Bosi MLM, Mercado FJ (Orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75-98.

Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Rev Ciênc. Saúde Coletiva.* v. 10, n. 3, Julh/Set, 2005; p. 599-613.

Venkat NKM et al. Diabetes: The Pandemic and Potential Solutions . In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, et al, editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2 ed. New York: Oxford University Press; 2006. p. 591-604.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO DIABÉTICO.

Você está sendo convidado a participar de um estudo de pesquisa, que se destina a avaliar a qualidade do serviço da Atenção Primária à Saúde pelo usuário diabético, coberto pela Estratégia Saúde da Família de um Distrito de Saúde do município de São Luís, Maranhão. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para avaliar a qualidade do atendimento recebido no posto de saúde, no qual você é cadastrado e acompanhado. O questionário contém perguntas sobre o acesso e a utilização do serviço de atenção básica, o vínculo profissional-paciente e integralidade do cuidado, além de dados pessoais.

Este estudo não oferece riscos para sua saúde física e mental e apenas serão necessários 20 minutos para responder as perguntas do questionário. Os benefícios que você deverá esperar com a sua participação, mesmo que indiretamente serão: conhecer a qualidade do serviço de saúde do qual você é acompanhado ou cadastrado, assim como os aspectos fundamentais para compreender a situação do serviço de atenção básica para direcionamento das políticas públicas locais.

Ao aceitar participar deste estudo, você responderá a perguntas, tendo garantia de sigilo absoluto quanto a sua identificação, não havendo risco, desconfortos ou constrangimento durante a entrevista.

Fica assegurado o seu direito de pedir outros esclarecimentos sobre o mesmo, podendo se recusar a participar ou interromper sua participação a qualquer momento, sem penalidade. Sua participação neste estudo não trará despesas e os dados da pesquisa serão apresentados à comunidade científica preservando totalmente a sua identificação.

Ao assinar esse termo de consentimento, você por direito receberá uma cópia assinada pelo pesquisador responsável pelo estudo e a outra cópia ficará com o entrevistador.

Para maiores esclarecimentos e dúvidas, você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Ceuma localizado no endereço na Rua Josué Montello nº 1 Renascença II, São Luís – MA, CEP 65075120, Telefone: (98) 32144277.

 Pesquisador responsável
 Dr. Marcos Antônio Pacheco
 CRM-MA: 2124. Telefone: 3214-4265

 Pesquisador responsável
 Daniela C. C. Aroucha Campelo
 COREN-MA: 202297

São Luís, ____/____/____

 Assinatura do participante

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DIABETES

1 IDENTIFICAÇÃO		
1.1 BAIRRO _____		
1.2 SEXO		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
1.3 IDADE _____		
1.4 ESCOLARIDADE		
<input type="checkbox"/> Alfabetizado	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Superior completo	
<input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Analfabeto	
1.5 ESTADO CIVIL		
<input type="checkbox"/> Solteiro/a	<input type="checkbox"/> Uniãoestável	<input type="checkbox"/> Separado/a
<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Viúvo/a
1.6 OCUPAÇÃO PROFISSIONAL		
<input type="checkbox"/> Empregado/a	<input type="checkbox"/> Aposentado/a	<input type="checkbox"/> Pensionista
<input type="checkbox"/> Desempregado/a	<input type="checkbox"/> Dona de casa	<input type="checkbox"/> Outro _____
2 DIABETES		
2.1 DIABETES <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2		
2.2 COMORBIDADES		
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Sobrepeso/Obesidade
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
2.3 COMPLICAÇÃO DEVIDO AO DIABETES		
<input type="checkbox"/> Sim, qual?		
<input type="checkbox"/> Neuropatia periférica	<input type="checkbox"/> Nefropatia	<input type="checkbox"/> Retinopatia <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Amputação
<input type="checkbox"/> Não		

APÊNDICE C – CARTÃO RESPOSTA PARA O USUÁRIO

POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO:

- COM CERTEZA, SIM
- PROVAVELMENTE, SIM
- PROVAVELMENTE, NÃO
- COM CERTEZA, NÃO
- NÃO SEI/ NÃO LEMBRO

ANEXOS

**ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA
BEZERRA DE MENEZES**

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do projeto intitulado Avaliação da qualidade do serviço de atenção
Primária à Saúde na perspectiva do usuário
dialético sob a supervisão e
responsabilidade pedagógica e ética da professora Dr. Marcos Pacheco ela
autorizar, por escrito, com cópia desta anuência, a ser realizado nesta Instituição que
disponibiliza o uso de suas instalações e autoriza a aplicação de

- entrevistas
- questionários
- acesso a prontuários
- fotografias
- filmagens
- testes laboratoriais
- outro _____

com os seguintes sujeitos

- usuários
- profissionais
- outros _____

desde que condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardadas as questões ética, aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa e visto da Superintendência de Educação em Saúde.

Obs.: Essa anuência pode ser cassada a qualquer momento sem prejuízo para a instituição desde que verificada situações de urgência/emergência que assim orientem ou emissão de comportamento inadequado com as normas do serviço público ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores

São Luís - MA, 24/02/15

Coordenação

Joana Dionísio Ferreira
Diretora Geral
USF - Bezerra de Menezes
Mat.: 113102-7

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO FRANCISCO

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do projeto intitulado Avaliação da qualidade do serviço de atuação primária à saúde na perspectiva do usuário diabético sob a supervisão e responsabilidade pedagógica e ética da professora Dr. Marcos Pacheco e autorizar, por escrito, com cópia desta anuência, a ser realizado nesta Instituição que disponibiliza o uso de suas instalações e autoriza a aplicação de

- entrevistas
- questionários
- acesso a prontuários
- fotografias
- filmagens
- testes laboratoriais
- outro _____

com os seguintes sujeitos

- usuários
- profissionais
- outros _____

desde que condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardadas as questões éticas, aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa e visto da Superintendência de Educação em Saúde.

Obs.: Essa anuência pode ser cassada a qualquer momento sem prejuízo para a instituição desde que verificadas situações de urgência/emergência que assim orientem ou emissão de comportamento inadequado com as normas do serviço público ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores

São Luís - MA, 23 / 02 / 15

Coordenação

U. SAÚDE S. FRANCISCO
 Mariber Alves Fonseca
 Diretora Geral
 Mat. 18004

[Assinatura]

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE DA LIBERDADE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do projeto intitulado Avaliação da qualidade do serviço de atenção primária à saúde na perspectiva do usuário diabético

_____ sob a supervisão e responsabilidade pedagógica e ética da professora Mrs. Marcos Pacheco ela autorizar, por escrito, com cópia desta anuência, a ser realizado nesta Instituição que disponibiliza o uso de suas instalações e autoriza a aplicação de

- entrevistas
- questionários
- acesso a prontuários
- fotografias
- filmagens
- testes laboratoriais
- outro _____

com os seguintes sujeitos

- usuários
- profissionais
- outros _____

desde que condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardadas as questões ética, aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa e visto da Superintendência de Educação em Saúde.

Obs.: Essa anuência pode ser cassada a qualquer momento sem prejuízo para a instituição desde que verificada situações de urgência/emergência que assim orientem ou emissão de comportamento inadequado com as normas do serviço público ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores

~~Gabriela R. Diniz~~
 Gabriela R. Diniz
 Diretora Geral
 Matrícula: 177924
 C.S. da Liberdade

São Luís - MA, 24/02/15

Coordenação

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE DR. PAULO RAMOS

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do projeto intitulado:

Avaliação da qualidade do serviço de atenção primária à saúde na perspectiva do usuário diabético

sob a supervisão e responsabilidade pedagógica e ética da professora Ms. Marcos Pacheco e a autorizar, por escrito, com cópia desta anuência, a ser realizado nesta Instituição que disponibiliza o uso de suas instalações e autoriza a aplicação de

- entrevistas
- questionários
- acesso a prontuários
- fotografias
- filmagens
- testes laboratoriais
- outro _____

com os seguintes sujeitos

- usuários
- profissionais
- outros _____

desde que condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardadas as questões ética, aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa e visto da Superintendência de Educação em Saúde.

Obs.: Essa anuência pode ser cassada a qualquer momento sem prejuízo para a instituição desde que verificadas situações de urgência/emergência que assim orientem ou emissão de comportamento inadequado com as normas do serviço público ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores

São Luís - MA, 23/02/15

Coordenação


Vanda M. S. Loureiro
Diretora Geral

ANEXO E – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura e você, construindo um novo caminho
SECRETARIA DE SAÚDE / SEMUS

SUPERINTENDÊNCIA DE REDE DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o aluno (a) Daniela Cristina Pardo Araujo Pampelo do (a) Universidade Ceuma, está autorizado (a) a coletar dados, para a realização do Projeto: Avaliação da qualidade do serviço de atenção primária à saúde na perspectiva do usuário, na Unidades do US Centro de nossa Rede de Saúde, após a aprovação do referido Projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa.

São Luís, 23 de fevereiro de 2015.

Lidia Saldanha Nicolau
MÉDICA - CRM 1719
CPF: 129.378.513-04

Atenciosamente,

Lidia Saldanha Nicolau
Superintendente de Educação em Saúde / SEMUS

Av. Dep. Raimundo Vieira da Silva, 2000. Centro – Parque Bom Menino – CEP 65025-180. São Luís/MA
Fones: (98) 3214-7300 / 7337 / 7339 / 7342 / 7345 - E-mail: sras.semus@yahoo.com.br

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNICEUMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário diabético.

Pesquisador: Marcos Antonio Barbosa Pacheco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44771515.5.0000.5084

Instituição Proponente: Centro Universitário do Maranhão - UniCEUMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.057.354

Data da Relatoria: 08/05/2015

Apresentação do Projeto:

Atualmente os diabéticos representam significativa parcela da população brasileira que necessitam de cuidados de promoção da saúde, prevenção de agravos e de reabilitação, ou seja, atuação em todos os níveis de saúde. Para isso, as políticas de atenção primária à saúde voltada a saúde do diabético devem ser complexa, investigativa, preventiva e que envolvam uma multiplicidade de aspectos que vão além do simples controle glicêmico para evitar complicações crônicas, mortes e custos aos cofres públicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde pelo usuário diabético coberto pela Estratégia Saúde da Família de um Distrito de Saúde do município de São Luís, Maranhão.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil sócio-demográfico da população diabética.

Conhecer o acesso e a utilização do serviço de atenção básica aos diabéticos. Investigar o vínculo e a relação profissional-paciente e integralidade do cuidado para população diabética.

Endereço: DOS CASTANHEIROS
Bairro: JARDIM RENASCENÇA **CEP:** 65.075-120
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3214-4265 **Fax:** (98)3214-4212 **E-mail:** cep@ceuma.br



Continuação do Parecer: 1.057.354

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não haverá riscos à saúde dos entrevistados.

Benefícios:

Não haverá benefícios ou vantagens financeiras para os entrevistados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e certamente contribuirá para esclarecer aspectos importantes a respeito do tema. A metodologia é adequada aos objetivos propostos. A pesquisa obedece aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução CNS 466/12 e, a equipe executora apresenta-se capacitada para desenvolvê-la.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados e encontram-se corretamente preenchidos.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: DOS CASTANHEIROS
Bairro: JARDIM RENASCENCA **CEP:** 65.075-120
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3214-4265 **Fax:** (98)3214-4212 **E-mail:** cep@ceuma.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
MARANHÃO - UNICEUMA



Continuação do Parecer: 1.057.354

SAO LUIS, 11 de Maio de 2015

Assinado por:
Eduardo Durans Figuerêdo
(Coordenador)

Endereço: DOS CASTANHEIROS
Bairro: JARDIM RENASCENCA **CEP:** 65.075-120
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3214-4265 **Fax:** (98)3214-4212 **E-mail:** cep@ceuma.br

ANEXO G – INSTRUMENTO PCATool BRASIL - ADULTO: VERSÃO REDUZIDA

Atributos da APS	Itens	Descrição do item
Grau de Afiliação	A1	Há médico ou enfermeiro no serviço de saúde quando você fica doente ou precisa de conselhos sobre sua saúde? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	A2	Há médico ou enfermeiro no serviço de saúde que o conhece melhor como pessoa? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, o mesmo médico e enfermeiro. <input type="checkbox"/> Sim, médico, enfermeiro de outro serviço de saúde.
	A3	Há médico ou enfermeiro no serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A2.
Primeiro contato [Utilização]	B2	Quando você tem um novo problema, você vai ao seu médico/enfermeiro do seu posto de saúde antes de ir a outro? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
Primeiro contato [Acesso]	C4	Quando seu posto de saúde está aberto, você consegue aconselhamento ou informação rápida pelo telefone? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	C11	É difícil para você conseguir atendimento médico/enfermagem no posto de saúde? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
Longitudinalidade /Atendimento continuado	D1	Quando você vai ao seu serviço de saúde é sempre o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	D6	Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu médico/enfermeiro? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	D9	O seu médico/enfermeiro sabe quais são os problemas importantes para você? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	D15	Você mudaria de médico/enfermeiro ou serviço de saúde se isto fosse muito fácil fazer? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9

Coordenação do Cuidado	E6	O médico/enfermeiro do serviço de saúde já encaminhou você para consulta com o endocrinologista ou serviço especializado? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	E10	O seu médico/enfermeiro escreveu alguma informação para o endocrinologista a respeito do motivo da consulta? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	E11	O médico/enfermeiro sabe dos resultados da consulta com o endocrinologista? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	E13	O seu médico/enfermeiro pareceu interessado na qualidade da consulta ou cuidado que o endocrinologista lhe deu (perguntou se você foi bem ou mal atendido)? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
Coordenação do Sistema De Informação	F3	Quando você vai ao serviço de saúde o seu prontuário está sempre disponível na hora da consulta? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
Integralidade (Serviços disponíveis)	No posto de saúde possui serviço que promove:	
	G9	Orientação/aconselhamento para saúde mental. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	G17	Orientação/aconselhamento sobre hábitos de vida. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
Integralidade (Serviços prestados)	G20	Orientação sobre mudanças no envelhecimento (fatores de risco, queda, memória). <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	H1	Orientação sobre alimentação saudável para controle glicêmico (serviço de nutrição) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	H5	Orientação sobre prática esportiva ou exercícios apropriados (serviço de educação física) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9

	H7	Orientação e distribuição de antidiabéticos orais, insulinas e outros. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	H11	Orientação sobre prevenção do pé diabético, complicação do DM e realização de curativos, etc. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
Orientação familiar	I1	O seu médico/enfermeiro lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado para você junto da família? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
	I3	O seu médico/enfermeiro se reúne com membros de sua família quando necessário? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
Orientação comunitária	J4	O seu médico/enfermeiro fazem pesquisas para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9

LEGENDA:

Com certeza sim: valor = 4

Provavelmente sim: valor = 3

Provavelmente não: valor = 2

Com certeza não: valor = 1

Não sei / não lembro: valor = 9

ANEXO H – CONFIRMAÇÃO DA SUBMISSÃO DO ARTIGO À REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

11/08/2016

ScholarOne Manuscripts

 Revista de Saúde Pública

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to
Revista de Saúde Pública

Manuscript ID
RSP-2016-0179

Title
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Authors
CAMPELO, DANIELA CRISTINA
PACHECO, MARCOS ANTÔNIO

Date Submitted
11-Aug-2016

[Author Dashboard](#)

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2016. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

ANEXO I - NORMAS DA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

INFORMAÇÕES GERAIS

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública (RSP) devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores. São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão. O uso de siglas deve ser evitado. Recomendamos que o autor consulte o checklist correspondente à categoria do manuscrito submetido. Por menores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir

CATEGORIAS DO ARTIGO

Artigos Originais: Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais: Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, à avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da revista. Aos manuscritos novos de instrumentos de aferição,

recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre adaptação transcultural de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS checklist para estudos qualitativos

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Exceção-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade.

A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras.

A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares:

- Devem ter até 1.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) uma tabela ou figura e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até 100 palavras.

Artigos de Revisão

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até 4.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

Comentários - Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou

subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até 2.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25.

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação do autor responsável (cadastro): Nome e sobrenome

O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Identificação do manuscrito: Título no idioma original do manuscrito e em inglês: o título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer um título em português.

Título resumido: Deve conter até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos não existentes nos conjuntos citados.

Número de figuras e tabelas

A quantidade de figuras e tabelas de cada manuscrito é limitada a cinco em conjunto. Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados seqüencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Co-autores

Identificar os co-autores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa

Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia

Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização. Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

Preparo dos manuscritos

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se

os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor:uma relação do século XX. Cienc Saude Coletiva. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. Cad Saude Coletiva [Internet].2005;21(1):256-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec;1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos não mantidos permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser

colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,⁹ que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

Tabelas e Figuras

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada tabela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas.

Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D).

Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Submissão
b. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Aprovação
c. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Aprovação

a. A Carta de Apresentação do manuscrito, assinada por todos os autores, deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores. Para maiores informações, consulte o site da RSP. •Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

b. Agradecimentos:

Há um campo no formulário de submissão do artigo onde devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de

Responsabilidade pelos Agradecimentos link. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

c. Transferência de Direitos Autorais

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais link. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

Verificação dos itens exigidos

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do processo(s).
9. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição/Programa, grau e o ano de defesa.
10. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.
11. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

Submissão Online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção “submissão de artigo”. Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista

deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção “submissão de artigos” e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção “consulta/ alteração dos artigos submetidos”. Ao todo são 8 situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste “status”, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação por relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam à Editoria.
- **Em avaliação com Editoria:** Os pareceres são analisados e o resultado é encaminhado ao autor responsável. A decisão pode ser: condicionado a alterações, aprovado e reprovado.
- **Condicionado a alterações:** a) O autor recebe a decisão da Editoria, acompanhada dos pareceres dos relatores. Estes podem indicar: alterações mais sucintas ou amplas alterações, condicionando a aprovação do manuscrito à apresentação de uma versão reformulada do manuscrito. O autor, após modificar o manuscrito, o encaminha acompanhado de um documento explicando cada um dos itens solicitados e atendidos, com as justificativas necessárias. b) O editor faz a apreciação da nova versão reformulada, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor ou mesmo encaminhar a nova versão para revisão de outros relatores.
- **Reformulação:** O manuscrito reformulado é encaminhado para nova avaliação da Editoria, acompanhado de documento esclarecendo os itens atendidos e justificando casos de discordâncias.
- **Aprovado:** Aprovado em sua última versão, o manuscrito é encaminhado para revisão da redação científica para ser publicado. O autor recebe a comunicação da Editoria e envia o documento de transferência de direitos autorais, imprescindível para publicação.
- **Reprovado:** Quando a avaliação final do manuscrito não foi positiva, o autor responsável é comunicado.

Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

Outras funções

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de “consulta/ alteração dos artigos submetidos”, o autor tem acesso às seguintes funções: “Ver”: Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo. “Alterar”: Corrigir alguma informação que esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em “aguardando documentação”.

“Avaliações/comentários”: Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

Reformulação: Enviar o manuscrito corrigido conforme acima esclarecido.

Taxa de publicação

Em janeiro de 2012, a RSP instituiu a cobrança de uma taxa por artigo publicado. Esta taxa deve ser paga por todos os autores que tiverem seus manuscritos aprovados para publicação.

Essa cobrança destina-se a complementar os recursos públicos obtidos da Universidade de São Paulo e de órgãos de apoio à pesquisa do Estado de São Paulo e do Brasil. Essa complementação é essencial para assegurar qualidade, impacto e regularidade do periódico, incluindo manutenção do sistema eletrônico de submissão e avaliação de manuscritos, revisão da redação científica e tradução/revisão para o inglês de todos os manuscritos aprovados.

Após três anos e meio sem reajuste, a partir de 01/07/2015, a taxa será reajustada em 20%. Ou seja, para textos submetidos a partir dessa data, a taxa será de R\$ 1.800,00 para artigo original, revisão e comentário e de R\$ 1.200,00 para comunicação-breve. Assim que o manuscrito for aprovado, o autor receberá instruções de como proceder para o pagamento da taxa.

A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.