

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Tese



**Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus na
atenção primária à saúde em Pelotas**

Elaine Amaral de Paula

Pelotas, 2019

Elaine Amaral de Paula

**Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus na
atenção primária à saúde em Pelotas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Eda Schwartz
Coorientador: Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes

Pelotas, 2019

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

P324c Paula, Elaine Amaral de

Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus na atenção primária à saúde em Pelotas / Elaine Amaral de Paula ; Eda Schwartz, orientadora ; Bruno Pereira Nunes, coorientador. — Pelotas, 2019.

183 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2019.

1. Doença crônica. 2. Diabetes Mellitus. 3. Qualidade da assistência à saúde. 4. Atenção primária à saúde. 5. Avaliação de programas e instrumentos de pesqu. I. Schwartz, Eda, orient. II. Nunes, Bruno Pereira, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Elaine Amaral de Paula

**Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus na
atenção primária à saúde em Pelotas**

**Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em
Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de
Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.**

Data da Defesa: 06/06/2019

Banca examinadora:

.....
Profa. Dra. Eda Schwartz (Orientadora)
Pós doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

.....
Prof. Dr. Alberto Barceló (Titular)
Doutorado em Epidemiologia pela Universidade de Havana

.....
Profa. Dra. Elaine Thumé (Titular)
Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

.....
Profa. Dra. Lilian Moura de Lima Spagnolo (Titular)
Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas

.....
Prof. Dr. Rogério Baumgratz de Paula (Titular)
Pós doutorado em Fisiologia Renal pela Universidade do Mississippi

.....
Profa. Dra. Roxana Isabel Cardozo Gonzales (Suplente)
Pós doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

.....
Profa. Dra. Clarice Alves Bonow (Suplente)
Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande

.....
Profa. Dra. Alitéia Santiago Dilélio (Suplente)
Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

A todos os profissionais que buscam oferecer um cuidado qualificado e humanizado às pessoas e famílias que convivem com o diabetes mellitus, ajudando estes a terem uma vida mais saudável.

Agradecimentos

O filósofo italiano Tomás de Aquino (1225-1274), em seu tratado de agradecimento¹, propôs três níveis de gratidão, que varia do superficial ao mais profundo. O nível superficial remete-se ao reconhecimento cognitivo ou intelectual daquilo que recebemos. O nível intermediário trata-se do nível do agradecimento, que significa dar graças a alguém por algo recebido. E o terceiro nível, o mais profundo, refere-se ao nível do vínculo, quando nos sentimos comprometidos com a pessoa.

Sendo assim, o significado do “obrigada” em português vai além do sentido intelectual do “*thank you*” em inglês ou de dar uma graça quando se diz “*gracias*” em espanhol. É no sentido mais profundo que pretendo expressar minha gratidão, sentindo-me obrigada a retribuir, de acordo com minhas possibilidades e circunstâncias mais oportunas de tempo e lugar, os ensinamentos, a dedicação e o acolhimento recebidos dos mestres, profissionais e amigos que encontrei ao longo deste caminho.

Em primeiro lugar, gostaria de manifestar minha profunda gratidão a orientadora Profa. Dra. Eda Schwartz, pelo acolhimento, apoio contínuo, compreensão e por todos os ensinamentos. Sua orientação me manteve motivada durante todas as fases de elaboração desta tese. Não consigo imaginar uma orientadora mais amável e incentivadora para me acompanhar durante a elaboração desta tese de doutorado.

Gostaria de agradecer ao meu coorientador Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes, por seus comentários perspicazes e sugestões construtivas. Seu apoio e incentivo foram determinantes nas decisões mais difíceis durante a fase de planejamento da pesquisa e também na realização desta tese.

¹ (Cf. Suma teológica, secunda secundae, Questão 106, p. 2403). Disponível em: <https://sumateologica.files.wordpress.com/2017/04/suma-teolc3b3gica.pdf>

Aos Professores do Colegiado de Pós Graduação em Enfermagem, gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos pelos ensinamentos. Agradeço em especial aos professores da minha banca de qualificação e de defesa.

Para a amiga, Talita Dias da Silva, meus sinceros agradecimentos pelo modelo de perseverança, competência e companheirismo nos momentos em que eu precisei de uma palavra amiga e também pela colaboração na análise dos resultados desta tese.

Agradeço aos colegas do grupo de pesquisa pelas discussões valiosas em nossas reuniões semanais tão agradáveis. Às companheiras de pós graduação Fernanda Lise, Bianca Pozza dos Santos, Juliana Roth e Vânia Greice Schultz pela parceria e colaboração nos trabalhos acadêmicos. Um agradecimento especial às alunas Marinéia Albrecht Kicköfel e Juliana Dall´Agnol pelo apoio na coleta de dados.

Agradeço à enfermeira Mirian Borges Menezes pela amizade e por me apresentar ao Waldemarque Botelho (Pelé) que me acompanhou na coleta de dados nas unidades de saúde localizadas na zona rural da cidade. Reconheço que sem esse apoio estratégico não seria possível concluir a coleta de dados no prazo disponível.

Ao meu futuro esposo, Rubens Pires Monteiro, obrigada pela paciência, carinho e cuidado durante todo o tempo em que estive dedicada à elaboração desta tese; você foi um grande incentivador.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer à minha família: meus pais e meu irmão por me incentivarem e me darem a oportunidade de tentar ser uma pessoa e uma profissional melhor a cada dia.

“A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem os olhos abertos para o misterioso passará pela vida sem ver nada.”

(Albert Einstein)

Resumo

DE PAULA, Elaine Amaral. **Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde em Pelotas.** 183 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós – Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

Este estudo resulta da premente necessidade de reorganização dos serviços de saúde por meio da implementação do modelo de cuidados crônicos. Tal modelo foi proposto por Wagner e colaboradores nos Estados Unidos em 1998 e, até hoje, é utilizado em diferentes países, com intuito de avaliar e orientar intervenções para o cuidado das pessoas que convivem com condições crônicas de saúde. No Brasil, o diabetes mellitus é considerado uma das condições crônicas de saúde com maior impacto social e econômico devido a sua alta prevalência, inúmeras consequências clínicas incapacitantes e elevadas taxas de mortalidade precoce. O objetivo do estudo foi investigar a capacidade institucional para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde em Pelotas. A pesquisa foi guiada pelo referencial teórico do modelo de cuidados crônicos e pelo referencial metodológico da tríade de “estrutura, processo e resultado”, proposta por Donabedian. Para avaliação do cuidado na dimensão “estrutura”, utilizou-se o questionário Avaliação da Estrutura para os Cuidados Crônicos (AECC) e para avaliação do cuidado na dimensão “processo”, utilizou-se a ferramenta *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC). A coleta de dados aconteceu no período de dezembro de 2017 a junho de 2018. O ACIC foi respondido por 159 profissionais que atuavam em 49 unidades de atenção primária, enquanto o AECC foi respondido pelo gerente de cada unidade. As pontuações para os dois questionários foram classificadas por pontos de corte escalar e as dimensões “estrutura” e “capacidade institucional” para o cuidado foram avaliadas em limitada, básica, razoável e ótima. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 2.388.446 e CAEE 79860617.2.0000.5316. A capacidade para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus foi classificada como básica. Os componentes com melhor e pior nota atribuída foram, desenho do sistema de prestação de serviços e apoio à decisão, respectivamente. Observaram-se piores resultados para o distrito sanitário III, localizado na região central da cidade com maior número de unidades que atuam no modelo tradicional. Verificou-se que médicos vinculados ao programa mais médicos, sobretudo cubanos, tendem a atribuir notas mais elevadas, enquanto profissionais com maior tempo de atuação tendem a atribuir notas mais baixas para os componentes de processo. Acredita-se que o acompanhamento contínuo por meio da supervisão, aprimoramento profissional e avaliação de desempenho possa contribuir para melhorias no cuidado às pessoas com diabetes. A utilização das ferramentas ACIC e AECC mostrou-se útil para identificar os aspectos da organização da atenção à saúde e da articulação com a comunidade que necessitam de intervenções. A participação dos profissionais na pesquisa constituiu-se em um importante momento de reflexão e avaliação crítica das ações realizadas e das possibilidades de mudança nos processos de trabalho e, especialmente, na interação entre as pessoas e os profissionais de saúde.

Descritores: doença crônica; diabetes mellitus; qualidade da assistência à saúde; atenção primária à saúde; avaliação de programas e instrumentos de pesquisa.

Abstract

DE PAULA, Elaine Amaral. **Institutional capacity for the care of people with diabetes mellitus in the primary healthcare of Pelotas.** 183 f. Thesis (Doctorate in Sciences) – Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2019.

This study is the result of the urgent need for reorganization in healthcare services through implementing the chronic care model. Such model was proposed by Wagner and collaborators in the United States in 1998 and, until today, it is used in different countries with the objective of evaluating and guiding interventions for the care for people who live with chronic health conditions. In Brazil, diabetes mellitus is considered one of the chronic health conditions with greater social and economic impact due to its high prevalence, innumerable incapacitating clinical consequences and elevated rates of early mortality. The goal of the study is to investigate the institutional capacity for the care of people with diabetes mellitus in the primary healthcare network of Pelotas. It was guided by the theoretical referential of chronic care model and by the methodological referential of the triad of “structure, process and result” proposed by Donabedian. For the care evaluation in the “structure” dimension, the Evaluation of the Structure for Chronic Care (AECC). For the care evaluation in the “process” dimension, the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC). The collection of data happened from December 2017 to June 2018. The ACIC was answered by 159 professionals who act in 49 primary care units, while the AECC was answered by the manager of each unit. The scores for both questionnaires were stratified by scalar cutoff points and the dimensions “structure” and “institutional capacity” for the care were evaluated in limited, basic, reasonable and great. This study was approved by the Research Ethics Committee under the number 2.388.446 and CAEE 79860617.2.0000.5316. The capacity for the care for people with diabetes mellitus was classified as basic. The components given the best and worst score were, provision of services system design and decision support, respectively. Worst results were observed for the third sanitary district, locates in the central region of the city with higher number of units which act in the traditional model. It was checked that doctors attached to the “mais médicos” program, mainly the Cubans, tend to give higher scores, while professionals with greater time of experience tend to give lower scores to the process components. It is believed that the continuous follow-up by means of supervision, demand for professional improvement and systematic performance evaluation may contribute to development in the care for people with diabetes. The use of the ACIC and AECC tools, were shown useful to identify the aspects of health care organization and articulation with the community which need intervention. The participation of professionals in the research, constituted an important moment of reflection and critical evaluation of the accomplished action and the possibilities of change in the work processes and especially in the interaction between the people and the health professionals.

Descriptors: chronic disease; diabetes mellitus; quality of health care; primary health care; evaluation of research programs and tools.

Resumen

DE PAULA, Elaine Amaral. **Capacidad institucional para el cuidado a las personas con diabetes mellitus en la atención primaria a la salud en Pelotas.** 183 f. Tesis (Doctorado) - Programa de Posgrado en Enfermería. De la Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

Este estudio resulta de la urgente necesidad de reorganización de los servicios de salud a través de la implementación del modelo de cuidados crónicos. Este modelo fue propuesto por Wagner y colaboradores en los Estados Unidos en 1998 y, hasta hoy, se utiliza en diferentes países, con el fin de evaluar y orientar intervenciones para el cuidado de las personas que conviven con condiciones crónicas de salud. En Brasil, diabetes mellitus es considerada una de las condiciones crónicas de salud con mayor impacto social y económico debido a su alta prevalencia, innumerables consecuencias clínicas incapacitantes y elevadas tasas de mortalidad precoz. El objetivo del estudio es investigar la capacidad institucional para el cuidado de diabetes mellitus en atención primaria en Pelotas. La investigación fue guiada por el referencial teórico del modelo de cuidados crónicos y por el referencial metodológico de la tríada de "estructura, proceso y resultado", propuesta por Donabedian. Para la evaluación del cuidado en la dimensión "estructura", se utilizó el cuestionario Evaluación de la Estructura para los Cuidados Crónicos (AECC), y para evaluación del cuidado en la dimensión "proceso", se utilizó la herramienta Evaluación de Chronic Illness Care (ACIC). La recolección de datos ocurrió en el período de diciembre de 2017 a junio de 2018. El ACIC fue respondido por 159 profesionales que actuaban en 49 unidades de atención primaria, mientras que AECC fue respondido por el gerente de cada unidad. Las puntuaciones para los dos cuestionarios fueron clasificadas por puntos de corte escalares y las dimensiones "estructura" y "capacidad institucional" para el cuidado evaluadas en limitada, básica, razonable y óptima. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación bajo el dictamen número 2.388.446 y CAEE 79860617.2.0000.5316. La capacidad para el cuidado a personas con diabetes mellitus fue clasificada como básica. Los componentes con mejor y peor nota atribuida fueron diseño del sistema de prestación de servicios y apoyo a la decisión, respectivamente. Se observaron peores resultados para el distrito sanitario III, localizado en la región central de la ciudad con mayor número de unidades que actúan en el modelo tradicional. Se verificó que los médicos vinculados al programa "mais médicos", sobre todo cubanos, tienden a asignar notas más elevadas, mientras que profesionales con mayor tiempo de experiencia tienden a asignar notas más bajas para los componentes de proceso. Se cree que seguimiento continuo a través de la supervisión, perfeccionamiento profesional y evaluación del desempeño pueden contribuir a mejorar el cuidado de personas con diabetes. La utilización de las herramientas ACIC y AECC se mostró útil para identificar los aspectos de organización de atención a la salud y de articulación con la comunidad que necesitan intervenciones. La participación de los profesionales en la investigación se constituyó en un importante momento de reflexión y evaluación crítica de acciones realizadas y de posibilidades de cambio en los procesos de trabajo y, especialmente, en la interacción entre las personas y los profesionales de salud.

Descriptores: enfermedad crónica; diabetes mellitus; calidad de la asistencia sanitaria; atención primaria a la salud; evaluación de programas e instrumentos de investigación.

Lista de figuras

Figura 1	Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão da literatura	32
Figura 2	Quadro demonstrativo da classificação dos tipos de ferramentas encontradas na revisão de literatura	36
Figura 3	Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão da literatura	40
Figura 4	Figura representativa do modelo de cuidados crônicos	50
Figura 5	Mapa do Rio Grande do Sul	55
Figura 6	Quadro demonstrativo das unidades de atenção primária à saúde. Pelotas. 2018	56
Figura 7	Esquema da amostra participante	59
Figura 8	Quadro demonstrativo das principais variáveis sociodemográficas consideradas no estudo, classificação e fonte de coleta	63
Figura 9	Quadro representativo dos componentes e critérios do instrumento AECC	65
Figura 10	Quadro representativo dos componentes e critérios do instrumento ACIC	67
Figura 11	Gráfico comparativo entre médias dos componentes ACIC para enfermeiros e médicos generalistas, Pelotas, Julho, 2018. Junho, 2019 (n = 49)	92
Figura 12	Gráfico comparativo entre as médias dos componentes ACIC para enfermeiros, médico generalista, médico cubano, médicos / supervisores e tutores do programa mais médicos, Pelotas, Julho, 2018. Junho 2019 (n = 159)	93

Lista de Tabelas

Tabela 1	Número de profissionais por especialidade e população coberta, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 49)	71
Tabela 2	Frequência e classificação da disponibilidade dos componentes da dimensão estrutura para os cuidados crônicos por unidade de saúde, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 49).	74
Tabela 3	Frequência e classificação da disponibilidade dos componentes da dimensão estrutura para os cuidados crônicos por distrito sanitário de saúde, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 49).	75
Tabela 4	Classificação da atenção primária por dimensões do AECC, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 49).	75
Tabela 5	Frequência dos critérios avaliados no componente “organização da atenção à saúde” na dimensão estrutura para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 49).	76
Tabela 6	Frequência dos critérios avaliados no componente “desenho do sistema de prestação de serviço” na dimensão estrutura para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas- RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 49).	78
Tabela 7	Frequência dos critérios avaliados no componente “sistema de informação clínica” na dimensão estrutura para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 49).	79
Tabela 8	Frequência dos critérios avaliados no componente “suporte à decisão clínica” na dimensão estrutura para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 49).	80

Tabela 9	Frequência dos critérios avaliados no componente “autocuidado apoiado” na dimensão estrutura para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 49).	81
Tabela 10	Descrição sociodemográfica dos profissionais das unidades de atenção primária por distrito sanitário de saúde, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159).	82
Tabela 11	Médias e classificação da avaliação do ACIC por unidade de saúde, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159).	83
Tabela 12	Médias e classificação da avaliação do ACIC por distrito sanitário de saúde, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159).	84
Tabela 13	Classificação da atenção primária por dimensões do ACIC, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159).	84
Tabela 14	Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “organização da atenção à saúde” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159).	85
Tabela 15	Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “articulação com a comunidade” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159).	86
Tabela 16	Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “autocuidado apoiado” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159).	87
Tabela 17	Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “suporte à decisão clínica” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159).	86
Tabela 18	Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “desenho do sistema de prestação de serviço” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159).	88
Tabela 19	Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “sistema de informação clínica” como	89

critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159).

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 20 Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “integração do modelo” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159). | 90 |
| Tabela 21 Correlação entre componentes do ACIC e AECC por unidade de saúde, Pelotas – RS, 2018. Junho, 2019 (n = 49). | 91 |
| Tabela 22 Correlação entre componentes ACIC e tempo de atuação na unidade básica de saúde participante, tempo de atuação profissional em atenção primária à saúde e tempo de atuação profissional, Pelotas – RS, 2018. Junho, 2019 (n = 159). | 95 |

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACIC	<i>Assessment of Chronic Illness Care</i>
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
AECC	Avaliação da Estrutura para os Cuidados Crônicos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASE	Centro de Atendimento à Saúde do Escolar
CCS	Condição Crônica de Saúde
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIS	Centro de Informações em Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DM	Diabetes mellitus
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
DRC	Doença Renal Crônica

DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
HbA1c	Hemoglobina glicada
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
ICIC	<i>Improving Chronic Illness Care</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCC	Modelo de cuidados crônicos
NCQA	Comitê Nacional de Garantia de Qualidade dos EUA
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PubMed	Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos
PPC-RS	<i>Physician Practice Connection Readiness Survey</i>
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
WHO	<i>World Health Organization</i>

Apresentação

Proponho preliminarmente uma apresentação da minha trajetória acadêmica pregressa, com intuito de relatar os percursos e motivações que inspiraram e impulsionaram a debruçar-me sobre a temática em tela. Notadamente neste capítulo, farei uso da linguagem em primeira pessoa devido ao envolvimento participativo nas situações que me trouxeram até aqui.

No ano de 2009, ainda como graduanda em enfermagem na Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, obtive meu primeiro contato com o estudo das condições crônicas de saúde, através de um projeto de extensão - realizado no âmbito da Fundação IMEPEN, situada no município de Juiz de Fora – por meio da “Liga de Hipertensão Arterial”, na qual participei por um período de quatro anos. As atividades exercidas nesse projeto eram efetuadas de maneira multidisciplinar, de modo que foi esta minha primeira experiência de trabalho em equipe. Neste projeto havia profissionais e estudantes das seguintes áreas de conhecimento: enfermagem, psicologia, farmácia, educação física, assistência social e medicina. Tradicionalmente, os alunos e preceptores reuniam-se antes da chegada dos pacientes para avaliarem conjuntamente quais eram as necessidades clínicas, psicossociais e de cuidado para os pacientes agendados e, assim, já estabelecerem as condutas a serem efetivadas durante o atendimento da equipe.

A Liga de Hipertensão Arterial tratava-se de um estágio não obrigatório, mas que contribuiu significativamente para minha formação profissional. Além do aprendizado do trabalho em equipe, pude aprender ainda identificar necessidades, elaborar plano de cuidados, estratificar risco cardiovascular, interpretar exames laboratoriais, realizar e interpretar eletrocardiograma, além do incentivo constante a participação em eventos científicos e iniciação científica.

Posteriormente, houve uma proposta de ampliar o escopo das atividades que já estavam sendo realizadas através de um contrato com a Secretaria de Estado de Minas Gerais – que veio futuramente a ser o projeto “HIPERDIA”, que se utilizou da mesma metodologia de trabalho que a “Liga de Hipertensão Arterial”, abrangendo, todavia, além da hipertensão, também o tratamento do diabetes e da doença renal crônica para pacientes com alto risco cardiovascular encaminhados pela atenção primária à saúde (SES, 2010).

Paralelamente, ainda graduanda, em fase de planejamento do trabalho de conclusão de curso (TCC), adiantei-me ao novo programa ainda por vir à época - uma vez que era sabido que um dos critérios de encaminhamento a esse novo centro secundário de atenção à saúde se daria através de uma avaliação de risco cardiovascular pela atenção primária -; portanto, dediquei o TCC de graduação em enfermagem a um estudo de estratificação de risco cardiovascular em hipertensos, a fim de que fossem otimizados os recursos e serviços efetuados em sede do projeto, sendo também parte do referido trabalho a divulgação desta nova tabela de classificação às equipes das unidades primárias de saúde, haja vista que grande parte dos profissionais não utilizavam esta ferramenta para um correto encaminhamento (DE PAULA *et al*, 2013).

Conforme o previsto, logo após a aprovação do meu TCC e, por fim, minha formatura de graduação, ainda na Fundação IMEPEN, a partir do ano de 2011, continuei participando ativamente da equipe do então recém-criado projeto “HIPERDIA”, conhecendo um pouco mais sobre o acompanhamento das demais doenças crônicas, principalmente o diabetes mellitus e a doença renal pré dialítica.

Nesse sentido, visando avaliar a estruturação desta rede de atenção às doenças crônicas recentemente construída no município, desenvolvi o projeto de mestrado sob título “Avaliação do Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora na atenção à doença renal crônica” (DE PAULA *et al*, 2016). Deste modo, pude verificar tanto na esfera primária quanto secundária no município de Juiz de Fora, do qual teria sido o engajamento das equipes de atenção primária à classificação do risco cardiovascular elaborada e apresentada anteriormente, a fim de que se auditasse a eficiência dos encaminhamentos e da utilização dos recursos disponibilizados - os quais deveriam se destinar aos pacientes de fato com risco cardiovascular elevado -, além da avaliação dos resultados clínicos do acompanhamento dos pacientes realizados dentro do programa.

Posteriormente, aprovada como enfermeira em concurso público para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) na cidade de Pelotas - RS no ano de 2015, busquei integrar-me, voluntariamente por afinidade, ao grupo de estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, o “NUCRIN”, o qual se debruça sobre o estudo de condições crônicas de saúde, e participei do projeto de pesquisa coordenado pela professora Eda Schwartz “Atenção à saúde ofertada nos serviços de terapia renal substitutiva na metade sul do Rio Grande do Sul”, cujo objetivo principal foi compreender a atenção à saúde ofertada nos serviços de terapia renal substitutiva na Metade Sul do Rio Grande do Sul, de maneira que uma das conclusões preliminares do estudo foi que o diabetes mellitus correspondeu a principal etiologia da doença renal em fase dialítica no município, contrariando a realidade nacional que aponta a hipertensão arterial como primeira causa (PAULA *et al.*, 2017; SESSO *et al.*, 2016).

Por decorrência deste fato, mediante também toda a experiência prévia, considerei justificável e útil a proposta do presente projeto de doutorado que objetiva avaliar a capacidade institucional para atenção ao diabetes no município de Pelotas – RS pela atenção primária, uma vez que é nesse âmbito da atenção à saúde que se deve haver políticas preventivas e de controle do diabetes ainda nos estágios iniciais da doença, de modo que esta não evolua para uma lesão renal, ou seja, ao se identificar e corrigir eventuais deficiências na atenção primária em relação ao diabetes mellitus no município, acredita-se ser possível reduzir o comprometimento renal nesta população, inclusive a necessidade da terapia renal substitutiva (TRS), uma vez que o diabetes mellitus seja causa principal da progressão da doença renal (GILBERT, 2015).

Sumário

1	Introdução	22
1.1	Justificativa	27
2	Revisão de literatura	30
2.1	Capacidade institucional para atenção ao diabetes mellitus: Qual ferramenta utilizar para a avaliação?	30
2.2	Os instrumentos de avaliação do Modelo de cuidados crônicos: ACIC & AECC	37
2.3	Avaliação da capacidade institucional para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus através da ferramenta ACIC	40
3	Objetivos	44
3.1	Objetivo geral	44
3.2	Objetivos específicos	44
4	Hipóteses	45
5	Referenciais teórico e metodológico	46
5.1	O modelo de cuidados crônicos	46
5.2	Tríade Donabedian	52
6	Material e métodos	54
6.1	Delineamento do estudo	54
6.2	Cenário do estudo	54
6.3	População do estudo	58
6.3.1	Critérios de inclusão	59
6.3.2	Critérios de exclusão	59
6.4	Procedimentos para a coleta de dados	59
6.5	Instrumento para a coleta de dados	61
6.6	Análise dos dados	63
6.7	Princípios éticos	68
7	Resultados	70
7.1	Estrutura para o cuidado de pessoas com diabetes na atenção primária à saúde	70

7.2	Processo para o cuidado de pessoas com diabetes na atenção primária à saúde	81
7.3	Articulação entre os componentes de estrutura e processo por unidade de saúde e as ações de cuidado por formação e tempo de atuação profissional	90
8	Discussão	96
9	Conclusões	108
	Referências	112
	Apêndices	121
	Anexos	160

1 Introdução

A análise do perfil atual de saúde revela predominância de condições crônicas de saúde (CCS) em diferentes países do mundo (WHO, 2015). Fenômenos como a urbanização acelerada e o avanço tecnológico aumentaram os níveis de sedentarismo na população; isto, associado ao fenômeno da transição nutricional, contribuiu para a mudança do perfil epidemiológico caracterizado pelo aumento na ocorrência de doenças como obesidade, diabetes tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e doença renal crônica (MARINHO, PASSOS, FRANCA, 2016).

Além das mudanças relacionadas ao estilo de vida da população, há um fator não modificável e diretamente relacionado à transição epidemiológica: trata-se do envelhecimento populacional. Em 2018, a população idosa acima de 65 anos representava 9,2% da população brasileira. Para 2060, espera-se que a proporção de idosos naquela faixa etária alcance 25,5% do total de pessoas no Brasil (IBGE, 2018). Diante disso, torna-se evidente o aumento das CCS, principalmente de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, câncer e doenças respiratórias.

As CCS são responsáveis por mais de 60% da mortalidade mundial. Considerando as projeções atuais, espera-se que até 2020 este índice aumente para 75%. Um conceito bastante utilizado na literatura para mensurar o impacto das CCS na mortalidade populacional refere-se aos casos de morte prematura, ou seja, aquelas ocorridas antes dos 70 anos de idade por CCS, pois se sabe que a maioria destas pode ser evitada. Assim, dos 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por CCS, 16 milhões (42%) eram evitáveis e prematuras (WHO, 2015).

O conceito de morte evitável consiste no óbito que poderia ter sido evitado (em sua totalidade ou em parte) pela presença de serviços de saúde efetivos. Assim, as mortes evitáveis podem representar, em alguma medida, indicadores sensíveis à qualidade da atenção à saúde (RUTSTEIN *et al.*, 1976).

Outra maneira de dimensionar os prejuízos das CCS na ocorrência de morte prematura refere-se ao conceito de “Anos potenciais de vida perdidos (APVP)”. Esta medida fornece uma estimativa de anos perdidos devido à morte prematura com base na expectativa de vida predeterminada. Assim, a mortalidade entre jovens representa

maior impacto, uma vez que mais anos potenciais de vida são perdidos (GARDNER, SANBORN, 1990).

No Brasil, as CCS constituem a principal causa de morte na população idosa (MALTA *et al.*, 2011). Em 2007, aproximadamente 72% das mortes no Brasil foram decorrentes de doenças crônicas, 10% de doenças infecciosas e parasitárias e 5% de distúrbios da saúde materno-infantil. Entre 1996 e 2007, a mortalidade decorrente das CCS aumentou cerca de 5%, indo de 442 por 100.000 pessoas para 463 por 100.000, corroborando a ampliação da carga das condições crônicas sobre as causas de óbito (SCHMIDT *et al.*, 2011). De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008, 71,9% dos indivíduos com 65 anos ou mais declararam ter, pelo menos, uma das 12 doenças crônicas selecionadas pela pesquisa (IBGE, 2010).

No município de Pelotas, os indicadores de morbidade e mortalidade evidenciam uma concentração nas CCS. De acordo com as informações sobre mortalidade disponibilizadas pelo DATASUS (2016) do Ministério da Saúde, a ocorrência de mortes por doenças do aparelho circulatório e neoplasias representaram 43% do total de mortes ocorridas no ano de 2016.

Dentre as CCS de maior relevância no Brasil e no mundo, destaca-se o diabetes mellitus (DM), devido à alta taxa de mortalidade prematura, elevado percentual de APVP e complicações relacionadas. O DM trata-se de uma CCS grave, que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não utiliza a insulina produzida de forma eficiente (IDF, 2017).

No mundo, estima-se que existem 425 milhões (8,8%) de adultos entre 20 e 79 anos de idade acometidos pelo DM. Em 2045, espera-se que esse número suba para 629 milhões (9,9%) de adultos acometidos pela doença. Na última década, a prevalência de diabetes cresceu de forma mais acelerada nos países de baixa a média renda quando comparado aos países de alta renda. Sabe-se que quatro em cada cinco pessoas com DM vivem em países de baixa a média renda (CHO *et al.*, 2018). Em 2017 ocorreram aproximadamente cinco milhões de mortes devido ao DM entre pessoas com idade de 20 a 99 anos. Do total de mortes, destaca-se que cerca de 1,8 milhões (36,5%) ocorreram antes dos 60 anos de idade. Na América Latina, estima-se que 40% das pessoas com diabetes não sabem que tem a doença (CHO *et al.*, 2018).

O Brasil ocupa a 4ª posição entre 10 países com maior número de pessoas

acometidas pelo DM (IDF, 2017). A estimativa de custos diretos em saúde para o diabetes aumentou de US\$ 39 bilhões, US\$ 872 per capita, para US\$ 206 bilhões ou US\$ 1.672 per capita entre 2000 e 2015 (BARCELÓ *et al.*, 2010, 2015). Segundo pesquisa telefônica realizada com maiores de 18 anos, em 26 capitais e no Distrito Federal, sobre diversos assuntos relacionados à saúde - inquérito conhecido como Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico (VIGITEL) - a prevalência de diagnóstico de diabetes cresceu 61,8% passando de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016. Acredita-se que este acréscimo está relacionado ao estilo de vida uma vez que a obesidade aumentou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016, ou seja, um em cada cinco brasileiros das capitais estão obesos. Em Porto Alegre, os resultados do VIGITEL foram semelhantes aos da população geral. Considerando que 55,1% dos adultos que vivem na capital gaúcha tem excesso de peso e 19% estão obesos, pode-se afirmar que 74,1% desta população possuem risco para desenvolver DM tipo 2 (BRASIL, 2017).

Estudo de base populacional realizado no ano de 2012 em Pelotas demonstrou que a prevalência de diabetes mellitus entre adultos com idade acima de 20 anos era de 7,9% (NUNES *et al.*, 2016). Entre a população idosa residente no município no ano de 2014, a prevalência de diabetes foi de 23,6% e de obesidade foi de 29,9% (COSTA *et al.*, 2018).

Ainda mais preocupantes são as complicações relacionadas a esta condição de saúde que incluem elevadas taxas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC), desenvolvimento de úlceras diabéticas citando apenas algumas com maior impacto na qualidade de vida e nos custos com a saúde (IDF, 2017).

A Pesquisa Nacional de Saúde, um estudo de base populacional realizado no Brasil em 2013, com objetivo de descrever medidas do cuidado assistencial destinadas às pessoas com DM autorreferido, apontou que menos da metade dos entrevistados (47,1%) utilizou a Unidade Básica de Saúde (UBS) para atendimento, apenas 35,6% tiveram os pés avaliados por um profissional de saúde e somente 29,1% tiveram os olhos avaliados nos últimos 12 meses (MALTA *et al.*, 2015).

Considerando o cenário deste estudo, a DRC destaca-se pela constatação de que o DM foi apontado como sendo a principal causa de doença renal crônica entre pessoas que necessitam de hemodiálise na metade sul do Rio Grande do Sul, conforme demonstrado em pesquisa de campo recente (PAULA *et al.*, 2017). Estes

resultados mostram-se contrários à realidade nacional, que evidencia a hipertensão arterial como principal etiologia da DRC em estágio hemodialítico (SESSO, 2016) e assemelham-se aos países europeus em que o DM sobressai como causa principal da lesão renal (KDIGO, 2017).

Desse modo, constata-se que os impactos social e econômico do DM são alarmantes e que intervenções mais eficazes se fazem necessárias a fim de se obterem melhores taxas de controle da doença e, principalmente, prevenir a sua ocorrência, contribuindo assim para redução das complicações acima citadas. Cabe ressaltar que não é possível prevenir o DM tipo 1 dispondo das evidências científicas atuais. Por outro lado, existem formas eficazes de prevenir o DM 2, assim como suas complicações e as mortes prematuras por ela causadas, conforme referido anteriormente (SBD, 2015).

Entre as principais recomendações aplicadas para pessoas saudáveis e também para pessoas com diabetes, citam-se: fazer exercícios regularmente, manter alimentação saudável, evitar açúcar, doces e gorduras em excesso. Tais prescrições são amplamente divulgadas por profissionais da saúde, corroboradas em meio científico e pelas mídias em geral, de modo que a maioria das pessoas reconhece como saudável ou não saudável determinado comportamento; contudo, as mudanças de hábito costumam ser incorporadas - quando o são - em velocidade mais lenta que a chegada das complicações da doença (ADA, 2014).

Em muitos casos, o comprometimento físico causado pela própria doença dificulta até mesmo a incorporação da prática saudável, a exemplo: uma pessoa que apresenta úlcera diabética poderá ficar impedida de praticar atividade física ou acometida por retinopatia avançada poderá ter dificuldades em preparar seu próprio alimento de modo mais saudável. Estudo recente realizado no Brasil revela que 7% da população brasileira e 7,7% da população que vive no sul do país apresentam grau de comprometimento intenso ou muito intenso de limitação nas atividades habituais relacionadas ao DM ou suas complicações (MALTA *et al.*, 2015).

É importante mencionar que o Brasil tem obtido resultados satisfatórios no alcance das metas relacionadas ao manejo das CCS e dos seus principais fatores de risco através do “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus” (BRASIL, 2001) e do “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022” (BRASIL, 2011b). Dentre as maiores conquistas, destacam-se: redução da

mortalidade prematura por CCS, redução da prevalência de tabagismo, aumento da prática de atividade física no tempo livre e da ingestão de frutas e hortaliças e redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Contudo, não foram observados avanços na redução da obesidade, considerado um dos principais fatores de risco para o DM (BRASIL, 2017).

Assim, do mesmo modo que as mudanças ocorrem de forma vagarosa no plano micro (das pessoas/famílias) tal *delay* também ocorre no plano meso (serviços de saúde) e macro (políticas de saúde) no tocante a mudança de paradigma de enfrentamento das CCS, sobretudo do DM. Sobre o modelo de atenção praticado predominantemente, a pessoa apresenta uma queixa, o sistema de saúde fornece uma resposta relativamente aceitável (uma consulta médica, por exemplo), captura a queixa e intervém de maneira episódica e reativa e, uma vez resolvido o problema, o usuário permanece novamente fora do sistema até um novo episódio agudo (MENDES, 2011).

Nesse sentido, as evidências mais recentes de experiências bem-sucedidas de gestão do cuidado às pessoas com DM estão direcionadas para mudança deste modelo reativo, centrado na queixa/doença, para um modelo proativo, multidisciplinar, centrado na pessoa e no seu contexto sociocultural. Trata-se do Modelo de Cuidados Crônicos (MCC), que propõe uma nova gestão da condição de saúde com intuito de obter resultados clínicos mais satisfatórios, monitoramento contínuo e desenvolvimento da corresponsabilização da pessoa sobre sua saúde (ADA, 2017).

O MCC foi desenvolvido por uma equipe de pesquisadores nos EUA e trazido para o Brasil por Mendes (2011). Esse modelo possui seis elementos, subdivididos em dois grandes eixos, o primeiro corresponde ao sistema de atenção à saúde que integra cinco componentes, saber: organização da atenção à saúde, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte às decisões clínicas, sistema de informação clínica e autocuidado apoiado; o segundo eixo compreende a articulação com a comunidade e o componente correspondente são os recursos da comunidade (WAGNER, 1998). Cabe ressaltar que o conceito de capacidade institucional adotado neste estudo refere-se à integralidade do conjunto dos elementos do MCC que implicam o processo de cuidado às pessoas com DM nas unidades de atenção primária.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, o modelo de atenção primária representa a coordenação do cuidado integral e preconiza, através da

Estratégia Saúde da Família (ESF), uma equipe de saúde multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário) que trabalhe com a definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população. Desse modo, a equipe de saúde tem capacidade para identificar os problemas de saúde da comunidade e elaborar um plano de enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença que inclua ações educativas, assistenciais e intersetoriais (BRASIL, 2011a).

Sendo assim, a atenção primária adquire total relevância nas ações de prevenção e de tratamento, considerando que o objetivo principal da atuação desses profissionais implica no planejamento do cuidado assistencial e apoio ao autocuidado dos indivíduos e familiares, tanto no nível de atenção primária quanto na coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção do sistema de saúde, por meio do acompanhamento.

No Brasil, permanecem escassos na literatura estudos que avaliam a implementação do MCC na atenção primária à saúde (COSTA, CAZOLA, TAMAKI, 2016; MOYSÉS, Simone, SILVEIRA FILHO, MOYSÉS, Samuel, 2012). Até o momento, não foram encontrados estudos que evidenciassem a percepção dos profissionais da atenção primária quanto à capacidade institucional para o cuidado às pessoas acometidas pelo DM na perspectiva do MCC em Pelotas. Portanto, o presente estudo se propõe a conhecer esta realidade.

1.1 Justificativa

Além da justificativa pessoal, exposta na apresentação, outras motivações colaboram para consolidação dessa pesquisa, entre elas o crescimento exponencial do DM e suas consequências clínicas, que, nos últimos dez anos, refletem a ineficiência do sistema de saúde em lidar com esta condição (MENDES, 2011).

De acordo com o relatório global de doenças crônicas não transmissíveis publicado pela WHO (2014), a capacidade dos serviços de saúde de prover cuidados às pessoas com DM é amplamente variável de acordo com a região e a renda dos países. Logo, em países de baixa renda, apesar da existência de políticas nacionais, diretrizes e protocolos que incentivam a atenção integral à DM, a falta de financiamento adequado impede que as políticas sejam plenamente executadas.

De acordo com Mendes (2012), além da questão do (sub) financiamento no

Brasil, a crise do SUS consiste também na incoerência entre as necessidades de saúde da população e a organização do sistema de saúde. Ao analisar a situação de saúde no Brasil, o autor constata a existência de uma elevada taxa de morbimortalidade por CCS; no entanto, o modelo de atenção à saúde no Brasil permanece desenhado para atender de forma reativa, episódica e desarticulada as demandas de saúde. Assim, não há comunicação efetiva entre os diferentes pontos de atenção da rede infringindo, especialmente, os princípios da continuidade e da integralidade.

As evidências de baixas taxas de controle para o DM e altos custos com a saúde encontrada também em países desenvolvidos, a exemplo os EUA, que reforçam a tese do autor Mendes (2012) de que a crise do modelo de atenção no SUS, evidenciada pela inadequação para responder a essas demandas, não se resolveria apenas com um incremento no suporte financeiro e sim com modificações no modelo de atenção adequada a essa nova realidade (MENDES, 2011).

Corroborando, Barceló *et al* (2015) afirmam que quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona (OPAS, 2015). Nesse sentido, pode-se afirmar que a qualidade da atenção à DM depende de esforço conjunto que busque oferecer à população acesso a bens e serviços que integrem ações de prevenção, diagnóstico precoce, controle e tratamento especializado, conforme a necessidade de cada pessoa a partir de um plano de cuidados individualizado.

Dessa maneira, o enfretamento do DM, constatado pela ausência de resposta para as ações de controle desempenhadas até o momento, tornou-se um desafio para gestores, profissionais de todas as áreas e usuários do sistema de saúde.

Em resposta a esse desafio, em 2011, o Ministério da Saúde do Brasil lança o guia “Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil: 2011-2020”, que preconiza como um dos eixos estratégicos o “Cuidado Integral” das condições crônicas e seus fatores de risco. Dentre estas estratégias, destaca-se a implantação de Linhas de Cuidado que utilizem protocolos e diretrizes clínicas com base em evidências científicas, vinculando os indivíduos e cuidadores à equipe da atenção primária, garantindo a referência e a contrarreferência para os outros níveis, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção.

Em relação às linhas de cuidado, a coordenadoria da atenção primária de Pelotas considera que os serviços de saúde devem estar organizados regionalmente;

portanto, nas últimas diretrizes de saúde da atenção básica do município foi definido que cada região de saúde deverá estabelecer as suas linhas de cuidado e as suas diretrizes clínicas próprias, que deverão incluir ações de vigilância em saúde direcionadas para controle das condições crônicas, entre elas o DM; ações de promoção e prevenção que envolvam a comunidade; atividades coletivas e grupos na atenção primária que estimulem a participação ativa dos usuários (SMS, 2016).

Diante do exposto, este estudo pretende responder a seguinte questão norteadora: Qual a capacidade institucional para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus na atenção primária em saúde de Pelotas?

Desta forma, o estudo da capacidade institucional das unidades de saúde na perspectiva do profissional poderá fornecer importantes indicadores de organização dos serviços, articulação com a comunidade, estratégias de promoção e tratamento do DM e de gestão do serviço que permitam direcionar as ações de melhoria para o cuidado desta condição de saúde indo ao encontro das estratégias que visam atuar sobre a reorganização do sistema de saúde para atenção às CCS, sobretudo à DM.

2 Revisão de literatura

Nesse capítulo serão apresentados os estudos considerados relevantes para a elaboração da pesquisa e que subsidiaram a fundamentação teórica para o desenvolvimento da tese.

2.1 Capacidade institucional para atenção ao diabetes mellitus: Qual ferramenta utilizar para a avaliação?

Este subitem foi desenvolvido considerando os resultados de uma revisão da literatura, cujo objetivo foi identificar as produções científicas sobre avaliação da capacidade institucional para atenção ao diabetes mellitus, na perspectiva do modelo de cuidados crônicos. Para o levantamento de estudos a respeito da temática, foi realizada revisão integrativa da literatura nos dias 14 e 15 de novembro de 2017, nas bases de dados eletrônicas: Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed/MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no catálogo de teses e dissertações da CAPES. A busca nas bases de dados LILACS foi realizada a partir do formulário avançado, enquanto no PubMed, utilizou-se o “Mesh” como recurso de pesquisa.

Para o desenvolvimento da revisão da literatura, seguiram-se os seguintes passos: identificação do tema, estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão, identificação dos estudos selecionados, categorização dos estudos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Buscaram-se estudos quantitativos e qualitativos que abordassem a temática da “atenção à saúde para as pessoas com diabetes mellitus” e respondessem a questão de pesquisa: “Quais são os instrumentos/ferramentas utilizadas para avaliar a capacidade institucional da atenção primária à saúde para atenção ao diabetes mellitus, na perspectiva do modelo de cuidados crônicos?”. Os descritores foram “Qualidade da Assistência à Saúde” OR “*Calidad de la Atención de Salud*” OR “*Quality of Health Care*”; “Atenção Primária à Saúde” OR “*Atención Primaria de Salud*” OR

“*Primary Health Care*”; “Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa” OR “*Evaluación de Programas e Instrumentos de Investigación*” OR “*Evaluation of Research Programs and Tools*”; conectados pelo operador booleano *and*.

Quanto ao estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos, foram incluídos: estudos originais com metodologias quantitativas e/ou qualitativas, publicados no período de 2012 a 2017, desenvolvidos com humanos e disponíveis na íntegra nos idiomas inglês, espanhol ou português e que respondessem à questão de pesquisa. Foram excluídos os resumos de comunicação em congressos, notícias e cartas ao editor.

A escolha do período de seleção dos estudos está pautada na decisão do Ministério da Saúde, com apoio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), em 2012, de construir a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta proposta corresponde ao terceiro eixo do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que refere-se ao “cuidado integral” (BRASIL, 2011a). A publicação do documento “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias” representou o marco da proposta de construção e, no seu conteúdo, a implementação do Modelo de cuidados crônicos foi considerada condição *sine qua non* à organização dos serviços de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2013a).

A coleta dos dados foi realizada por meio de um instrumento próprio, contemplando as seguintes informações: autores, ano de publicação, delineamento, população e principais resultados. A busca realizada no PubMed/MEDLINE gerou inicialmente 1245 artigos. Após a utilização dos filtros de busca, idioma, período de publicação (2012 a 2017) e exclusão de artigos duplicados (dois), obteve-se 309 artigos para leitura dos títulos e dos resumos. Após a leitura destes e seguindo os critérios de inclusão e de exclusão, foram pré-selecionados 17 artigos para a análise na íntegra.

Na base de dados LILACS, a busca inicial gerou cinco artigos. Foram excluídos três artigos com data de publicação anterior ao ano de 2012. Após a leitura dos títulos e dos resumos, foi excluído um estudo que não respondia à questão da pesquisa e selecionado um estudo para leitura na íntegra.

Já a busca de estudos no portal de Teses e Dissertações da CAPES teve como objetivo principal identificar pesquisas realizadas no Brasil, nos últimos cinco anos, que tenham utilizado como referencial teórico o modelo de cuidados crônicos. Assim,

a busca inicial, utilizando os descritores “*Quality of Health Care*” AND “*Primary Health Care*” AND “*Evaluation of Research Programs and Tools*”, resultou em 814 teses e dissertações. Todos os resumos de teses e dissertações contendo uma das palavras chaves foram analisados, assim foram pré- selecionados 24 estudos. Após esta etapa foram selecionados três estudos que utilizaram o referencial teórico do modelo de cuidados crônicos para leitura na íntegra.

A figura 1 apresenta o fluxograma de seleção das buscas realizadas:

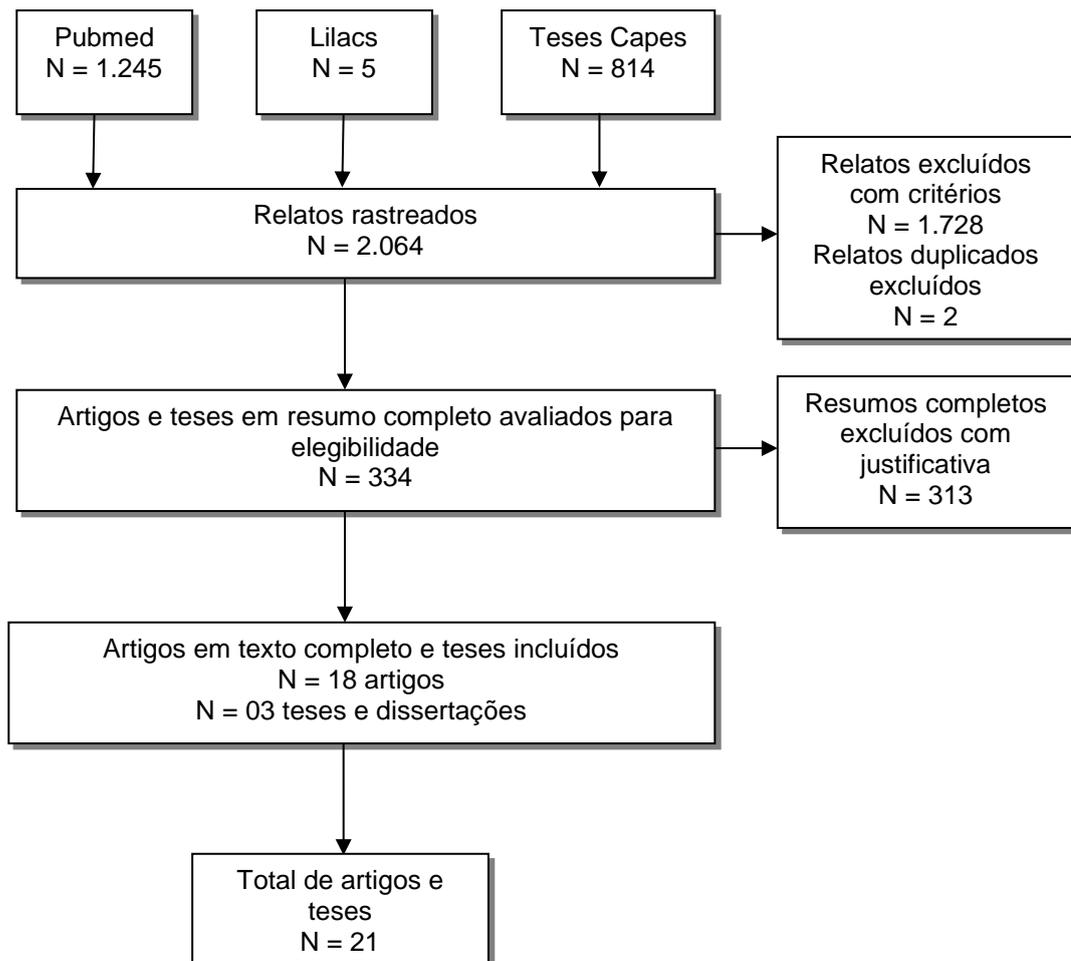


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão da literatura.
Fonte: a autora

Assim, durante o processo de busca foram identificadas 2.064 produções científicas (1250 artigos e 814 teses/dissertações) com os descritores supracitados, sendo separados para avaliação de elegibilidade 334 estudos (310 resumos completos e 24 teses/dissertações) que tratavam do tema. Ao final da etapa de leitura foram eliminados 292 artigos e 21 teses/dissertações, por não contemplarem o objeto de estudo. Restando 21 produções, das quais 18 artigos e três teses/dissertações que foram consideradas relevantes à temática do projeto. Os resultados estão dispostos no Apêndice A.

A análise dos 21 estudos apontou que nove (42,8%) são de metodologia qualitativa, oito (38,1%) são de metodologia quantitativa e quatro (19,1%) utilizaram métodos mistos. Em relação ao local onde os estudos foram realizados, a grande maioria foi no continente americano 19 (90,5%) e dois (9,5%) no continente africano.

Após traçar um perfil dos estudos selecionados, os resultados permitiram a identificação de quatro grupos de temas. O grupo A foi composto por seis (28,6%) estudos de avaliação de programas e serviços de saúde já existentes; o grupo B evidenciou cinco (23,8%) estudos referentes ao desenvolvimento de novas ferramentas de cuidado, incluindo modelos lógicos de atenção às condições crônicas com foco em diabetes mellitus; o grupo C apresentou cinco (23,8%) estudos que avaliaram o uso de estratégias inovadoras de cuidado às condições crônicas, com foco em diabetes mellitus e o grupo D apontou cinco (23,8%) propostas de avaliação do desempenho/eficácia de ferramentas de cuidado.

Em relação aos estudos do grupo A, a avaliação de programas e serviços de saúde evidenciou que, no Brasil, a implementação do MCC constitui um grande desafio para profissionais e gestores da atenção primária a saúde, uma vez que a assistência permanece centrada no modelo biomédico; observou-se ainda desarticulação entre serviço e comunidade e falta de políticas públicas direcionadas à DM (SALCI, MEIRELLES, SILVA, 2017).

Esta não parece ser uma realidade apenas do Brasil; estudos realizados em outros países no continente americano evidenciaram dificuldades dos serviços em manejar idosos restritos ao domicílio que possuem CCS, sobretudo DM, principalmente devido à falta de ferramentas objetivas de classificação de risco e ao comprometimento cognitivo desta população. Nesse sentido, a interdisciplinaridade destaca-se como um aspecto facilitador no manejo de idosos com CCS (WYTE- LAKE, CLAVER, DOBALIAN, 2016). Do mesmo modo, os gestores dos serviços de saúde

apresentaram dificuldades em realizar avaliação de desempenho da equipe médica (LOKYER *et al.*, 2015), enquanto que grande parte dos profissionais da atenção primária demonstraram dificuldades na utilização de ferramentas de monitoramento (RUTKOW *et al.*, 2015).

Em Ghana, uma estratégia utilizada para minimizar as dificuldades de manejo das CCS nos serviços de saúde foi a utilização da figura do supervisor. Os resultados do estudo demonstraram que o supervisor atua como facilitador dos processos de trabalho, sendo considerado fundamental em serviços de atenção primária, especialmente nas áreas rurais (AIKINS *et al.*, 2013).

Em relação aos estudos do grupo B, sobre o desenvolvimento de novas ferramentas e modelos lógicos de atenção à saúde relacionado ao DM, verificou-se que em países de baixa renda são escassas as ferramentas de monitoramento das CCS; portanto, na África um grupo de pesquisadores se propuseram a adaptar as ferramentas de monitoramento do programa HIV/AIDS para as demais CCS, sobretudo o DM (LETEBO, SHIFERAW, 2016). De modo semelhante, o reconhecimento da comunicação eficaz como sendo um importante instrumento de orientação para o cuidado às pessoas com DM e, ainda, a constatação da falta desta habilidade entre os profissionais da área da saúde foram os fatores que motivaram o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação da eficácia da comunicação para profissionais de saúde (PADILLA, SARMIENTO, RAMÍREZ, 2014).

Ainda, foram identificadas três propostas de modelo lógico para avaliação da atenção primária à saúde na perspectiva do MCC. O primeiro descreve o modelo "DEFINE", sem tradução para o português, mas que possui características muito semelhantes aos componentes do MCC utilizado no presente estudo (WARREN *et al.*, 2017). O segundo modelo conceitual encontrado nesta revisão refere-se à implementação sistemática do ensino baseado em vivências práticas por meio da participação ativa da academia vinculada aos serviços de atenção primária a saúde (ERWIN *et al.*, 2016). O terceiro modelo conceitual proposto orienta as intervenções necessárias à prevenção e ao controle do diabetes mellitus tipo 2 no nível da comunidade e aborda as questões éticas envolvidas neste processo (WEST, 2014).

Os estudos do grupo C, desenhados para avaliar estratégias inovadoras de cuidado, tiveram dois focos principais: o autocuidado apoiado (JEFFS *et al.*, 2017; COOKE *et al.*, 2015) e a capacitação dos profissionais para atuar com CCS (KAMAL *et al.*, 2016; FARIÑA *et al.*, 2015; TREADWELL *et al.*, 2015).

Em relação aos estudos do grupo D que avaliaram o desempenho de ferramentas inovadoras para o cuidado e avaliação das CCS, a literatura revela a eficácia do programa “*Better 2*” criado para direcionar os profissionais para o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado para pessoas com DM (SOPCAK *et al.*, 2016). Do mesmo modo, a ferramenta *MIA:STEP* usada para realizar a supervisão dos profissionais que utilizam a entrevista motivacional como técnica de mudança de comportamento foi considerada mais eficaz quando comparada à técnica de supervisão tradicional, entretanto o custo para implementação desta ferramenta torna-se um dificultador para expansão do seu uso em larga escala (MARTINO *et al.*, 2016).

Os estudos de avaliação da eficácia das ferramentas utilizadas para realizar o diagnóstico situacional do cuidado às CCS revelam a existência de três diferentes ferramentas disponíveis para uso no Brasil, são elas: Primary Care Assessment Tool (PCATool), Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC).

Um estudo realizado no Brasil por Figueiredo (2013), com objetivo de analisar o grau de concordância entre o PCATool e a ferramenta AMQ, elaborada pelo Ministério da Saúde, mostrou que houve concordância para os atributos ‘integralidade’ e ‘orientação familiar’, o que não ocorreu em relação ao ‘acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde’. Os resultados deste estudo não permitiram definir uma metodologia de avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) mediante a AMQ; sendo assim, o autor recomendou o desenvolvimento de novos estudos visando aferir associação entre melhor avaliação da APS pela AMQ e indicadores clínicos de cuidado à saúde.

Por outro lado, em estudo de Elias (2016) estimou a capacidade do Instrumento de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) para avaliação do cuidado às CCS (BRASIL, 2011). Os resultados do referido estudo demonstraram que o instrumento brasileiro possui vários elementos do cuidado de crônicos, porém apresentou baixa correspondência com o ACIC.

Em estudo, Costa (2015), por sua vez, avaliou a ferramentas ACIC mediante as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde quanto à atenção às CCS na Estratégia Saúde da Família em Campo Grande, Mato Grosso do Sul e constatou que todas as dimensões do instrumento ACIC relacionaram-se com os elementos constituintes da rede de atenção à saúde.

Assim, a análise das evidências mais recentes encontrada na literatura revela o interesse de pesquisadores no desenvolvimento de ferramentas objetivas para serem utilizadas na pesquisa ou implementadas na prática clínica. Tais ferramentas podem ser classificadas em instrumentos de intervenção (usada para modificação da realidade) ou de avaliação (usada para diagnóstico situacional) e ainda em específicas (direcionadas a um componente específico do MCC) ou globais (direcionadas a mais de um componente do MCC), conforme demonstrado no quadro a seguir:

Ferramenta / Estudo de aplicação	Intervenção	Avaliação	Específica	Global	Adaptado para uso no Brasil
DEFINE/ WARREN (2017)		X		X	
Orientação para autocuidado feita por enfermeiros/ JEFFS <i>et al</i> (2017)	X		X		
BETTER/ SOPCAK <i>et al</i> (2016)	X			X	
MIA:STEP/ MARTINO <i>et al</i> (2016)	X		X		
Monitoramento de CCS / LETEBO, SHIFERAW (2016)	X			X	
ReCAP/ KAMAL <i>et al</i> (2016)	X		X		
Modelo lógico de educação continuada na prática clínica/ ERWIN <i>et al</i> (2016)	X		X		
Intervenção educacional para melhorar a colaboração interprofissional/ TREADWELL <i>et al</i> (2015)	X		X		
Comunicação em saúde/ PADILLA, SARMIENTO, RAMÍREZI (2014)		X	X		
Modelo lógico de cuidado ao DM na comunidade/ WEST (2014)	X			X	
PCAtools/ FIGUEIREDO (2013)		X		X	X
PMAQ/ ELIAS (2016)		X		X	X
ACIC/ COSTA (2015) & SALCI (2015)		X		X	X

Figura 2 – Quadro demonstrativo da classificação dos tipos de ferramentas encontradas na revisão de literatura

Fonte: a autora

Os resultados desta revisão apontam que o ACIC representa a melhor escolha para responder à questão norteadora do presente estudo uma vez que permite avaliar a capacidade institucional para o cuidado às condições crônicas de forma global e possui uma versão traduzida e adaptada para português do Brasil.

2.2 Os instrumentos de avaliação do Modelo de cuidados crônicos: ACIC & AECC

O *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) é um instrumento validado para testar o grau de implementação do modelo de cuidados crônicos. Trata-se de uma ferramenta de avaliação que foi desenvolvida para auxiliar as equipes de saúde a identificarem às áreas do sistema de atenção à saúde ou da comunidade que necessitam de melhorias e, em um segundo momento, avaliar o nível e a natureza das intervenções realizadas (BONOMI *et al.*, 2002).

O ACIC foi constituído com base nos seis elementos sugeridos pelo modelo de cuidados crônicos, conforme discutidos em um item anterior: organização da atenção à saúde, articulação com a comunidade, autocuidado apoiado, suporte à decisão clínica, desenho do sistema de prestação de serviços e sistema de informação clínica (WAGNER *et al.*, 1998). Considerando que o Modelo de cuidados crônicos tem sido a estrutura teórica mais utilizada em diferentes países, inclusive no Brasil, o ACIC é considerado o instrumento mais adequado para medir o grau de implementação do modelo na perspectiva dos profissionais de saúde (MENDES, 2012).

Inicialmente, o ACIC foi elaborado para avaliação da atenção ao diabetes mellitus a partir de uma ferramenta desenvolvida no Sistema de Saúde Indígena, nos Estados Unidos (ACTON *et al.*, 1995). Trata-se de uma das primeiras ferramentas destinadas, especificamente, para análise da organização dos cuidados para condições crônicas, ao invés do enfoque tradicional baseado em medidas de resultado (por exemplo, níveis de HbA1c), medidas de "produtividade" (por exemplo, número de pessoas atendidas) ou indicadores de processo (por exemplo, porcentagem de pessoas com diabetes que tiveram os pés examinados).

O profissional de saúde responde o questionário individualmente ou entre equipe e deve indicar a nota que melhor representa o nível de atenção praticado na instituição em relação às condições crônicas consideradas. Desse modo, é importante sinalizar para o profissional referente à qual condição ou condições de saúde pretende-se analisar naquele momento. A pontuação mais alta (11) indica uma local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. A menor pontuação (0) corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas (BONOMI *et al.*, 2002).

Ao final do questionário é feita uma média ponderada para a classificação da capacidade dos serviços para a atenção às condições crônicas em básica, razoável e

ótima. Pontuações entre “0” e “2” indicam capacidade limitada para a atenção às condições crônicas; pontuações entre “3” e “5” indicam capacidade básica para a atenção às condições crônicas; pontuações entre “6” e “8” razoável capacidade para a atenção às condições crônicas e pontuações entre “9” e “11” indicam capacidade ótima para a atenção às condições crônicas.

Assim, o suporte básico inclui, por exemplo, facilitar o acesso às diretrizes clínicas baseadas em evidências e aos programas de autocuidado. Por outro lado, um suporte considerado mais avançado inclui o uso de prontuário eletrônico que dispõe de lembretes vinculados às diretrizes clínicas, como por exemplo: um sinal de alerta para o profissional que durante o atendimento da entrada em um valor alterado de creatinina sérica, sinalizando uma possível lesão de órgão alvo que deverá ser investigada.

Dados da literatura internacional revelam o uso do instrumento com objetivo de avaliar o grau de implementação do modelo de cuidados crônicos, na autoavaliação das equipes de saúde ou, ainda, para verificação comparativa do desempenho de diferentes serviços. O ACIC responde às mudanças praticadas por equipes de saúde e correlacionam-se com outras medidas de produtividade nos serviços de atenção às condições crônicas (LEYKUM *et al.*, 2011; PATEL; PARCHMAN, 2011; STEVENS *et al.*, 2010). Uma versão do ACIC destinada a estudantes foi desenvolvida, com o objetivo de identificar lacunas curriculares na Califórnia; no entanto, esta versão não foi validada para uso no Brasil (BOEWN *et al.*, 2010). Portanto, observa-se o grau de diversidade da aplicabilidade deste instrumento de pesquisa.

A versão do ACIC destinada a profissionais de saúde foi validada no ano de 2012 e aplicada por uma equipe de pesquisadores do Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas coordenada pelo Centro de Informações em Saúde (CIS), com o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da assessoria técnica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) (MOYSÉS, Simone; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, Samuel, 2012).

Pesquisadores da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul utilizaram a versão do ACIC validada para o Brasil e as equipes consideraram razoável a capacidade dos serviços para atenção às condições crônicas, sendo o sistema de informação clínica a principal fragilidade e o desenho do sistema de prestação de serviços de saúde, dimensão a qual se atribuiu a maior nota (COSTA; CAZOLA;

TAMAKI, 2016).

A segunda ferramenta proposta para avaliar o MCC é o questionário Avaliação da Estrutura para os Cuidados Crônicos (AECC). Este foi desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir do instrumento *Physician Practice Connection Readiness Survey* (PPC-RS), proposto em 2003 pelo Comitê Nacional de Garantia de Qualidade dos EUA (NCQA) (SCHOLLE *et al.*, 2008). Posteriormente, o instrumento foi modificado por Wong (WONG *et al.*, 2011) e traduzido para o português em 2014 por uma equipe de especialistas em cuidados crônicos em parceria com a OPAS (BARCELÓ *et al.*, 2019).

O AECC foi construído com base em cinco componentes sugeridos pelo MCC: organização do sistema de saúde (nove questões), desenho do sistema de prestação de serviços (18 questões), sistema de informação clínica (12 questões), suporte à decisão clínica (nove questões) e autocuidado apoiado (18 questões). O AECC é aplicado na forma de uma lista de checagem, ou seja, para cada item presente no serviço é atribuído a pontuação 1, se ausente 0. A pontuação de cada componente é obtida pela divisão entre soma dos itens presente no serviço (numerador) pelo total de itens esperados para aquele determinado componente (denominador). A pontuação total do AECC é calculada pela média dos cinco componentes e varia de 0 a 100, quanto mais elevada a pontuação obtida maior é a disponibilidade de recursos para implementação do MCC no serviço.

A literatura internacional revela que a integração dos elementos do MCC na avaliação da estrutura dos serviços de saúde resultou em melhores indicadores clínicos no cuidado às pessoas com DM. Por outro lado, baixa pontuação para o componente sistema de informação clínica correlacionou-se com piores resultados clínicos (WONG *et al.*, 2013).

Em 2015, o AECC foi utilizado pela primeira vez no Brasil, no estado de Minas Gerais, para avaliar 13 unidades de atenção primária no município de Juiz de Fora. Os resultados deste estudo evidenciaram que a pontuação do AECC mais elevada para o componente “desenho do sistema de prestação de serviços” associou-se a melhores taxas de controle clínico em pessoas com DM (BARCELÓ *et al.*, 2019). No Brasil, existem estudos que avaliam a estrutura dos serviços para atendimento às pessoas com DM com base nas normativas reguladoras preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (ZACHARIAS *et al.*, 2016). No entanto, até o presente momento, não são conhecidos outros estudos brasileiros que avaliaram a

estrutura de atendimento às pessoas com DM na perspectiva dos elementos constitutivos do MCC.

2.3 Avaliação da capacidade institucional para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus através da ferramenta ACIC

Com o objetivo de ampliar a revisão de literatura e identificar mais estudos sobre o uso do *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) no cuidado às pessoas com diabetes foi realizada uma revisão sistematizada, nos dias 11 e 12 de maio de 2019, utilizando-se *Meshterm* (PUBMED) e termo livre, sem o uso de vocabulário controlado (descritores) “*Assesment of chronic illness care*” OR “ACIC” AND “diabetes”.

Com essa estratégia encontrou-se um número maior de referências, garantindo a detecção da maioria dos trabalhos publicados dentro do tema em estudo. A busca foi realizada nas bases de dados do LILACS, PUBMED e na biblioteca virtual SCIELO. Os critérios de inclusão utilizados na revisão foram: artigos publicados na íntegra, considerando estudos realizados com seres humanos. Não foram utilizados limites temporais e restrição de idiomas. A figura 3 apresenta o fluxograma de seleção das buscas realizadas:

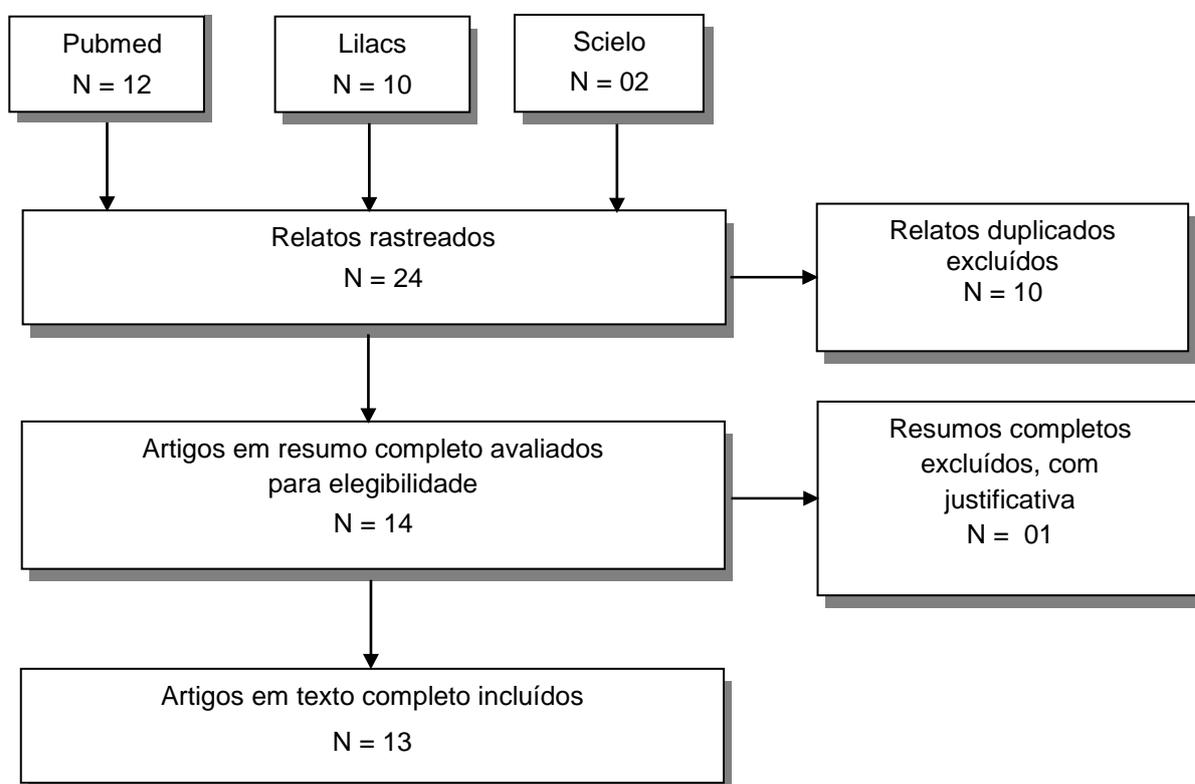


Figura 3 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão da literatura.
Fonte: a autora

Durante a busca foram identificados 24 artigos com as palavras chaves referidas, após a exclusão de 10 artigos duplicados foram separados 14 artigos que tratavam do tema. Ao final da leitura, um estudo foi eliminado por não contemplar o objetivo do estudo. Os resultados estão dispostos no apêndice B.

Do total dos treze estudos selecionados verificou-se que 11 (84,6%) eram de metodologia quantitativa e 02 (15,4%), qualitativa. Em relação ao local do estudo, nove (69,2%) eram provenientes do continente americano, sendo sete do Texas, um de Washington e um do Chile. Do continente europeu foram encontrados quatro (30,8%) estudos, sendo dois da Bélgica, um da Alemanha e um da Suíça.

Dentre as produções observou-se que os estudos trazem contribuições quanto ao diagnóstico situacional inicial da capacidade institucional dos serviços de saúde, em especial da atenção primária, para o cuidado às pessoas com DM. Dentre eles, o estudo realizado no Chile, no ano de 2016, apontou que a capacidade institucional da atenção primária foi classificada como básica para o cuidado às pessoas com DM com pontuação mais elevada para o componente organização da atenção à saúde e pontuação mais baixa para o componente integração dos componentes do modelo (LAGOS; SALAZAR; LUENGO, 2016). Do mesmo modo, na Alemanha, no ano de 2012, o componente organização do sistema de atenção à saúde obteve maior pontuação, enquanto a articulação com a comunidade obteve a pior pontuação (STEURER-STEY et al., 2012).

Em contrapartida, outros autores realizaram uma intervenção após o diagnóstico situacional inicial e obtiveram melhorias na pontuação ACIC que variaram cerca de 0,7 a 4 pontos (PARCHMAN et al., 2013; SUNAERT et al., 2009; SOLBERG et al., 2006; BONOMI et al., 2002).

As intervenções mais relevantes foram em relação ao impacto da presença de um facilitador na melhora da qualidade do cuidado em diabetes atenção primária (PARCHMAN et al., 2013; SUNAERT et al., 2009). No primeiro estudo, verificou-se que houve melhora significativa nos escores da ACIC ($p < 0,05$) para unidades de saúde que receberam intervenção breve, por meio do facilitador, quando comparada as unidades que não receberam intervenção a intervenção (PARCHMAN et al., 2013). No segundo estudo, realizado na Bélgica que possui um sistema de saúde mais hospitalocêntrico, o estabelecimento de um grupo de facilitadores e a nomeação de um gerente de programa na implementação de um programa de cuidados para DM tipo 2 foram pontos cruciais para o alcance de melhorias. Os autores citaram ainda

algumas barreiras durante o processo de intervenção: a complexidade da intervenção, a falta de dados de qualidade, o suporte inadequado à tecnologia da informação, a falta de procedimentos de compromisso e a incerteza sobre o financiamento sustentável (SUNAERT *et al.*, 2009).

De modo semelhante, outro estudo do tipo cluster randomizado realizado no Texas, no ano de 2013, concluiu que os esforços para implementar o MCC devem incorporar estratégias para fortalecer a coordenação relacional e a aprendizagem recíproca entre os membros da equipe (NOËL *et al.*, 2013). A implementação do MCC na Bélgica, no ano de 2010, mostrou melhorias foram em cinco dos nove indicadores de qualidade, três dos quais (avaliação de HbA1c, terapia de estatina, meta de colesterol) melhorou significativamente mais do que na região controle (SUNAERT *et al.*, 2010).

Outros estudos encontrados nesta revisão evidenciaram a associação positiva entre os resultados do ACIC e resultados clínicos satisfatórios em populações com DM. Desse modo, o bom controle de hemoglobina glicada, colesterol LDL e pressão arterial associaram-se positivamente com os componentes “articulação com a comunidade” e “desenho do sistema de prestação de serviços” (PARCHMAN, KAISSI; 2009). Em concordância, estudo realizado com 618 pessoas com diabetes tipo 2 atendidas em 20 unidades de atenção primária no sul do Texas, verificou relação significativa entre o escore ACIC e hemoglobina glicada, mas essa relação variou de acordo com o comportamento de autocuidado para a prática de exercício físico e foi mais forte para aqueles que não aderiram às recomendações de exercício: para cada aumento de 1 ponto no escore ACIC, hemoglobina glicada foi 0,144% menor ($P < 0,001$) (PARCHMAN *et al.*, 2007a). Corroborando, o melhor nível de implementação do modelo de cuidados crônicos em unidades de atenção primária foi um importante preditor de redução do risco evento cardiovascular em 10 anos entre pessoas com diabetes tipo 2 (PARCHMAN *et al.*, 2007b).

Um aspecto importante a destacar nos achados desta revisão refere-se a constatação de as pontuações atribuídas no questionário ACIC podem variar de acordo com o respondente. Um estudo realizado com profissionais da atenção primária no Texas mostrou que as pessoas vinculadas ao serviço administrativo eram mais propensas a classificar as unidades com pontuações mais altas para o questionário ACIC quando comparados aos profissionais assistenciais e a um observador externo. As avaliações do observador e dos profissionais assistenciais

foram mais consistentemente correlacionadas com a qualidade do cuidado do que as avaliações da equipe administrativa (KAISSI; PARCHMAN, 2006).

Considerando a questão norteadora do presente estudo e os resultados deste capítulo de revisão, observa-se que os instrumentos ACIC e AECC estão alinhados ao conceito de Rede de Atenção à Saúde, apresentam capacidade de avaliar os componentes do MACC, conforme citados anteriormente, de forma global e estão disponíveis para uso no Brasil. Portanto, representam duas ferramentas úteis e específicas para atender aos objetivos deste estudo, conforme explicitado no item a seguir.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Investigar a capacidade institucional para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde em Pelotas.

3.2 Objetivos específicos

Identificar a disponibilidade de estrutura (recursos físicos, materiais, humanos e organizacionais) para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus na atenção primária de Pelotas

Determinar a capacidade institucional para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva de enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária de Pelotas

Comparar a capacidade institucional e a estrutura das unidades de saúde para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus na atenção primária de Pelotas

Verificar a percepção dos enfermeiros e médicos diante das ações de cuidado ao diabetes mellitus conforme características de tempo de atuação e profissão.

4 Hipóteses

Os profissionais da atenção primária perceberão a capacidade institucional para atenção ao diabetes mellitus como sendo razoável, de acordo com a escala ACIC, sendo os componentes: desenho do sistema de prestação de serviços e sistema de informação clínica os quais apresentaram maior e menor pontuação, respectivamente (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016);

A existência de condições estruturais classificadas como razoáveis ou ótimas não será garantia de uma capacidade institucional equivalente para o cuidado ao diabetes mellitus (DONABEDIAN, 1980; ZACHARIAS *et al.*, 2016);

Diferenças significativas na percepção da capacidade institucional para atenção ao diabetes mellitus serão encontradas dependendo do tempo de experiência e formação profissional (SOPCAK *et al.*, 2016; KAISSI; PARCHMAN, 2006).

5 Referenciais teórico e metodológico

Devido à busca da integração dos processos de trabalho para um cuidado qualificado às pessoas com diabetes mellitus e a necessidade de haver recursos comprometidos para tais ações, optou-se pela utilização do Modelo de cuidados crônicos (MAAC) proposto por Wagner (1998) como referencial teórico e a Tríade de Donabedian (1980) como referencial metodológico para análise dos dados, os quais têm sido amplamente utilizados em pesquisas quantitativas em avaliação de serviços (ZACHARIAS *et al.*, 2016).

5.1 O modelo de cuidados crônicos como referencial teórico

Esta pesquisa foi desenvolvida conforme a perspectiva teórica do MAAC por se compreender que esse contempla a complexidade das interrelações entre organizações de saúde, profissionais, pessoas e famílias, ou seja, propõe-se a melhorar a atenção à saúde em três níveis: o nível micro, os indivíduos e as famílias; o nível meso, as organizações de saúde e a comunidade; e o nível macro, as políticas de saúde (MENDES, 2012).

Este referencial teórico situa-se no contexto de mudança de paradigma da organização dos sistemas de saúde. Para Ham (2007), até a primeira metade do século XX os sistemas de saúde estavam voltados para as doenças infecciosas e, na segunda metade daquele século, para as condições agudas. Segundo este mesmo autor, o paradigma predominante da condição aguda é um anacronismo representado por uma ruptura do estado normal de saúde determinado por um agente externo ou trauma. Entretanto, a realidade vivenciada atualmente são condições de saúde que se desenvolvem de forma lenta e permanecem com o indivíduo necessitando de cuidados cada vez mais intensos.

Em sentido amplo, adota-se, tradicionalmente, a classificação geral das doenças em dois grupos: as do tipo transmissível e as chamadas doenças crônicas não transmissíveis. Todavia, essa tipologia não tem se mostrado adequada, sobretudo para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. Além disso, tal

dicotomia exclui outras condições que não são propriamente doenças, mas que exigem intervenção apropriada por parte da rede de atenção à saúde. Diante disso, tem sido proposta uma nova categorização que adota a terminologia condições agudas e condições crônicas, estando incluídas, nesse segundo grupo, as doenças crônicas não transmissíveis (MENDES, 2012).

Assim, essa nova tipologia está orientada, principalmente, por algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, se breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, se episódica, reativa e feita sobre a queixa principal, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias; e, por fim, o modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde, se fragmentado ou integrado (MENDES, 2012).

Existem muitas definições sobre "condições crônicas". Em síntese, Wagner (2001) define condições crônicas de saúde como qualquer condição de saúde que requer acompanhamento do indivíduo e interações com o sistema de saúde ao longo do tempo. Portanto, a proposta de classificação das doenças em agudas e crônicas objetiva romper com a visão biológica reduzida à doença e ampliar o enfoque do cuidado a partir de uma lógica voltada para a organização dos sistemas de saúde (OMS, 2003).

Um dos maiores desafios para as políticas de saúde do século XXI tem sido atender as necessidades complexas do cuidado para indivíduos com condições crônicas de saúde. Assim, a OMS afirma que o enfrentamento das condições crônicas exige uma mudança nos sistemas de atenção à saúde por meio de um plano estratégico com ações de curto, médio e longo prazo. Para tanto, pesquisadores têm se empenhado em buscar evidências científicas para um marco conceitual abrangente e integrado, que permita uma nova organização dos sistemas de saúde usuais e atenda às necessidades dos cuidados contínuos na atenção às doenças de curso crônico (GOULART, 2011).

Considerando o aspecto temporal das doenças de curso longo, o principal desafio imposto à organização dos sistemas de saúde reside em promover a integração das ações, a fim de garantir o compartilhamento das informações entre diferentes ambientes e os profissionais de saúde envolvidos. Tal integração deverá incluir a coordenação dos recursos em todos os âmbitos do sistema de saúde

(serviços de internação, ambulatorial e farmacêutico), promover ações de prevenção e incorporar recursos da comunidade. Resultados destas práticas já foram testados em outros países e mostram que a integração permite gerar saúde melhorada, menos custos e desperdícios, maior eficiência e experiência mais agradável para os indivíduos envolvidos. Para responder a essas necessidades, desenvolveram-se os modelos de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011), os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o cuidado, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de internações sanitárias. Dentre os modelos de atenção à saúde, voltados para as condições crônicas, tem-se: O Modelo de Atenção Crônica (WAGNER, 1998), o Modelo da Pirâmide de Risco (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007) e o Modelo de Determinação Social da Saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Portanto, o Modelo de Atenção Crônica é considerado o marco inicial das propostas de reestruturação da atenção às CCS em todo o mundo, devido a sua contribuição primordial foi responsável pelo posterior desenvolvimento dos demais modelos (WAGNER, 1998).

Em razão da tradução literal em inglês *Chronic Care Model* (CCM), designou-se como Modelo de Cuidados Crônicos (MCC). O MCC foi desenvolvido pela equipe do *Mac Coll Institute for Health care Innovation*, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão de literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas.

O modelo inicial foi aperfeiçoado em um projeto-piloto, apoiado pela Fundação Robert Wood Johnson e, em seguida, submetido a uma reunião com uma equipe de especialistas da área de gerenciamento em condições crônicas. Logo, foi amplamente testado pelo programa *Improving Chronic Illness Care* (ICIC) nos Estados Unidos (MENDES, 2012; WAGNER, 1998).

Em 2003, o ICIC e um grupo de especialistas fizeram uma revisão rigorosa do MCC por meio de revisão da literatura e pesquisa de campo nos locais, que implementou o modelo a fim de identificar os problemas e avanços obtidos. Assim, os principais problemas encontrados foram que os serviços de saúde, de maneira geral, se organizam a partir de um modelo centrado na consulta médica. Além disso, a abordagem da situação de saúde da pessoa é feita de forma breve e centrada em prescrições, elaboradas a partir do conhecimento do profissional. Assim, faz-se

necessário que o plano de cuidados seja pactuado com o usuário e esteja adequado a sua realidade, uma vez que o tratamento das condições crônicas de saúde envolve mudanças de hábitos de vida e uso de medicações diárias, fatores que dificultam a adesão ao tratamento.

Esse modelo possui seis elementos, subdivididos em dois grandes eixos, são eles: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões clínicas, no sistema de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade, ou seja, almeja-se articular os serviços de saúde com toda a gama de recursos disponíveis no território e implementar políticas de saúde que promovam a melhoria dos determinantes sociais diretamente relacionados às condições crônicas de saúde. A principal premissa do modelo é de que para se produzir resultados clínicos satisfatórios e redução de gastos no tratamento de condições crônicas é necessário promover inter-relações positivas entre esses seis elementos de modo a desenvolver indivíduos informados e ativos e equipe de saúde preparada e proativa (WAGNER, 1998).

Desse modo, as ações de melhoria na qualidade da atenção às condições crônicas devem ser direcionadas aos diferentes elementos do modelo e dependem de esforços conjuntos entre gestores, pesquisadores, profissionais, pessoas, família e comunidade para ser implementado.

A figura 4 demonstra graficamente o modelo de cuidados crônicos:



Figura 4 – Figura representativa do modelo de cuidados crônicos.
 Fonte: Adaptado do *Mac Coll Institute*, 2006.

No que se refere à **organização da atenção à saúde**, tem-se que a liderança superior da organização é o elemento central e esta deve estar engajada a promover mudanças em toda a organização, identificar a melhoria do atendimento através de indicadores, metas e políticas claras implementadas por meio de estratégias efetivas, incluindo o uso de incentivos financeiros ou pessoais (WAGNER; AUSTIN; VON KORFF, 1996).

O **autocuidado apoiado** carece de profissionais habilitados para o uso de uma abordagem colaborativa, que inclui o desenvolvimento de um plano de cuidados conjuntos por meio da avaliação da condição de saúde e os aspectos culturais envolvidos, estabelecimento de metas, planejamento de ações, solução de problemas e acompanhamento contínuo da pessoa e família de modo a promover o senso de corresponsabilidade e desenvolver as habilidades necessárias para que o indivíduo possa tomar as decisões do dia-a-dia de modo a ter um estilo de vida mais saudável e prevenir as complicações inerentes à sua condição de saúde (VON KORFF, 1997).

No **suporte à decisão clínica**, tem-se que as decisões de tratamento devem estar baseadas em diretrizes explícitas e comprovadas cientificamente. Além disso, essas diretrizes precisam ser traduzidas para a linguagem das pessoas de modo que

estas entendam os princípios que norteiam os cuidados recomendados. Portanto, a educação permanente em serviço é uma estratégia importante para manter profissionais atualizados em relação às evidências mais recentes de tratamento. Outras estratégias recomendadas são lembretes oportunos no momento da tomada de decisão (como *feedbacks*, fluxogramas e mensagens eletrônicas automáticas), além do envolvimento de especialistas para o acompanhamento dos casos com risco mais elevado (KATON *et al.*, 1995).

O **desenho do sistema de prestação de serviços** se refere à transformação do sistema de saúde reativo – que responde à doença – para um sistema de saúde proativo que preza por manter as pessoas mais saudáveis. Para tanto, o sistema de saúde deve estar organizado em rede, proporcionando cuidado integral e o acesso aos diferentes níveis de atenção, de acordo com a necessidade de saúde de cada pessoa. Além disso, é fundamental garantir o contato contínuo com uma equipe de referência, conforme é proposto pela atenção primária à saúde (WAGNER *et al.*, 1996; WAGNER; AUSTIN; VON KORFF, 1996).

O **sistema de informação clínica** é considerado uma ferramenta imprescindível para o atendimento eficaz em diabetes, a qual deve assegurar acesso imediato a dados-chave (como indicadores clínicos essenciais) tanto individuais como populacionais de modo a facilitar o plano de cuidados individual e direcionar o atendimento proativo a subpopulações específicas (WAGNER *et al.*, 1995).

Os **recursos da comunidade**, por sua vez, podem oferecer serviços que apoiam ou expandam o atendimento prestado pela organização de saúde como, por exemplo, aulas de dança ou grupo de caminhada, que acontecem no próprio bairro ou próximo da pessoa. Portanto, cabe aos profissionais conhecer e incentivar a participação das pessoas em programas eficazes da comunidade e até mesmo propor parcerias entre serviço e comunidade (MCCULLOCH *et al.*, 1998).

Reflete-se que os profissionais de saúde têm ações frente às da organização de saúde e da interação com as pessoas da comunidade. Tais inter-relações são influenciadas pela política vigente, e também por questões culturais, que dificultam ou favorecem a mudança de atitude diante da necessidade de engajamento e responsabilização por parte dos atores envolvidos na atenção ao diabetes mellitus. Assim, a liderança da organização deve prover os recursos materiais necessários e, ainda, atentar-se para a capacitação dos profissionais. Os profissionais devem fazer uso das ferramentas disponíveis e de eficácia comprovada para a elaboração de um

plano de cuidados compartilhado entre pessoa, família e sistema de saúde – naqueles casos mais complexos - através de um sistema adequado de referência e contrarreferência. As pessoas com diabetes e seus familiares, por sua vez, devem compreender o papel central que exercem sobre sua condição de saúde, buscando tomar decisões mais saudáveis sempre que possível e o apoio da equipe de saúde sempre que necessário. Salienta-se que o alcance de resultados positivos no cuidado às pessoas com diabetes mellitus depende de um sistema de saúde organizado para o cuidado às condições crônicas e de interações produtivas entre profissionais e pessoas/famílias.

5.2 Tríade Donabedian como referencial metodológico

Embora não exista uma definição única de cuidado à saúde de qualidade, para Donabedian (1980, 1990), o conceito de qualidade é multifacetado e abrange três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado. O modelo teórico proposto por Avedis Donabedian (1919-2000) tem origem em 1966 quando o autor descreveu, pela primeira vez, o modelo de avaliação da qualidade dos cuidados nos serviços de saúde pautado em três dimensões: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 2005).

A dimensão “Estrutura” inclui os recursos físicos, materiais e humanos e ainda características organizacionais que compreendem a capacitação dos profissionais e incentivos financeiros. A estrutura é considerada a dimensão de mensuração mais objetiva e pode justificar grande parte dos problemas identificados no processo (DONABEDIAN, 2003).

O “Processo” abrange todas as ações que envolvem a interação entre profissionais e usuário. As atividades são analisadas com base nos padrões considerados como “recomendados” na prática assistencial e podem ser classificados como processos técnicos ou interpessoais (DONABEDIAN, 1980). Nesta dimensão, os fatores analisados incluem: diagnóstico, tratamento, prevenção, educação em saúde e, ainda, ações realizadas pelo usuário/família. Segundo Donabedian, a medida do processo corresponde à da qualidade do cuidado, uma vez que compreende às ações de atenção à saúde do usuário (DONABEDIAN, 2003). As informações relacionadas ao processo podem ser obtidas em prontuários, entrevistas com profissionais e usuários ou através da observação direta no serviço de saúde.

A dimensão “Resultado” relaciona-se à finalidade da assistência prestada à saúde dos indivíduos ou populações, considerando a saúde das pessoas, as metas de controle das doenças e a satisfação do usuário. Portanto, inclui a mudanças no estado de saúde, comportamento ou conhecimento, assim como a satisfação do usuário com o cuidado recebido, e também a melhora na qualidade de vida. Os resultados em saúde são tradicionalmente tidos como os indicadores de qualidade mais importantes, uma vez que a melhora do estado de saúde trata-se do principal objetivo da assistência prestada (DONABEDIAN, 1980).

No entanto, cabe ressaltar que definir precisamente os indicadores de resultado relacionados, exclusivamente, aos cuidados em saúde é uma tarefa bastante difícil, considerando que a melhora clínica da pessoa depende, em parte, das características individuais e ambientais (DONABEDIAN, 1980). As características individuais incluem genética, fatores sociodemográficos, crenças e atitudes em saúde. Os fatores ambientais incluem as características culturais, sociais e políticas do meio em que se vive (COYLE; BATTLES, 1999).

Portanto, para definir associações entre as dimensões processo e o resultado, é indicado que sejam feitos estudos populacionais, adequadamente ajustados para às condições clínicas dos participantes e com acompanhamento em longo prazo, tendo em vista que os resultados podem levar um tempo considerável até serem observáveis. Desse modo, torna-se necessária a utilização de instrumentos de pesquisa capazes de alcançar esta complexidade (DONABEDIAN, 2003).

6 Material e Métodos

Neste item são abordados os aspectos metodológicos utilizados na condução da presente pesquisa; são eles: delineamento do estudo, cenário da pesquisa, participantes da pesquisa, critérios de seleção dos participantes, aspectos éticos da pesquisa, coleta e análise dos dados.

6.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, com características quantitativas, descritivas e exploratórias.

A pesquisa quantitativa para Creswell (2010) permite testar teorias objetivas examinando a relação entre as variáveis. Tais variáveis podem ser obtidas através da aplicação de instrumentos que geram dados numéricos a serem analisados por procedimentos estatísticos. Segundo Gil (2008), os estudos descritivos permitem descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. As investigações de cunho transversal, por sua vez, oportunizam a avaliação de uma determinada situação num mesmo período de tempo (BEAGLEHOLE, BONITA, KJELLSTROM, 2001).

6.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi a atenção primária à saúde do município de Pelotas. Ele possui área de 1.610,09 km², localiza-se na encosta sudeste, às margens do Canal São Gonçalo, na região sul do Rio Grande do Sul a 250 Km da capital do estado Porto Alegre, a 135 Km da fronteira com Uruguai. Há uma população de 344 385 pessoas (IBGE, 2018), sendo que 93,3% das pessoas residem em área urbana e 6,7% em área rural e sua economia é movimentada pelos setores de agronegócio e comércio (SMS, 2018).

Pelotas é considerada a terceira cidade mais populosa do estado, com densidade demográfica de 203,9 hab/Km². Integra a 21^a região de saúde, composta por 22 municípios sendo referência regional para atendimentos em média complexidade e em alta complexidade para a macrorregião sul (SMS, 2017).

A figura 5 destaca a localização de Pelotas no Rio Grande do Sul (em vermelho).



Figura 5 - Mapa do Rio Grande do Sul
Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Pelotas>

Em 2000, o município de Pelotas foi habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde, conforme preconizado na Norma Operacional Básica 01/96. A rede de serviços de atenção primária em Pelotas foi implantada na década de 80 e, atualmente está constituída por 51 unidades básicas de saúde (UBS's) distribuídas em seis distritos sanitários (DS) administrativos, sendo cinco localizados na zona urbana (DSI ao DSV) e um na zona rural (DSVI). A região urbana do município possui 38 UBS's, sendo que 25 atuam no modelo de ESF, nove UBS's atuam no modelo tradicional e quatro são mistas. A região rural possui 13 UBS's, destas dez atuam no modelo ESF e três são tradicionais. A cobertura total dos serviços e ações das equipes de ESF corresponde a 69,2% da população adstrita. Do total das unidades, 42 são do próprio do município (SMS), seis estão vinculadas à Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e três à Universidade Federal de Pelotas (UFPel), conforme demonstrado na figura 6.

DISTRITOS	UBS	Modalidade	Vínculo
Distrito Sanitário I – (DS Três Vendas)	COHAB LINDOIA	Tradicional	SMS
	JARDIM ALLA	Tradicional	SMS
	PY CRESPO	ESF	UCPEL
	SANTA TEREZINHA	ESF	SMS
	SITIO FLORESTA	ESF	SMS
	UNIAO DE BAIROS	ESF	UCPEL
	VILA PRINCESA	ESF	SMS
Distrito Sanitário II – (DS Três Vendas)	CAIC PESTANO	ESF	UCPEL
	COHAB PESTANO	ESF	SMS
	GETULIO VARGAS	ESF	SMS
	SALGADO FILHO	Tradicional	SMS
	SANGA	ESF	UCPEL
	VILA MUNICIPAL	ESF	UFPEL
Distrito Sanitário III – (DS Centro/Porto)	BALSA	Tradicional	SMS
	CRUZEIRO	Tradicional	SMS
	FATIMA	ESF	UCPEL
	NAVEGANTES	Mista	SMS
	PUERICULTURA	Tradicional	SMS
	SANSCA	ESF	SMS
	OSORIO	ESF	SMS
Distrito Sanitário IV – (DS Fragata)	COHAB FRAGATA	ESF	SMS
	COHAB GUABIROBA	ESF	SMS
	DOM PEDRO I	ESF	SMS
	FRAGET	Tradicional	SMS
	PAM – FRAGATA	Tradicional	SMS
	SIMOES LOPES	ESF	SMS
	VIRGILIO COSTA	Mista	SMS
Distrito Sanitário V – (DS Areal/Laranjal)	ARCO IRIS	ESF	SMS
	AREAL I	Mista	SMS
	AREAL FUNDOS	ESF	UFPEL
	BARRO DURO	ESF	SMS
	BOM JESUS	ESF	SMS
	CSU AREAL	Tradicional	UFPEL
	DUNAS	ESF	SMS
	LARANJAL	ESF	SMS
	LEOCADIA	Mista	SMS
	OBELISCO	ESF	UFPEL
	COLÔNIA Z3	ESF	SMS

...continuação

Distrito sanitário VI – (DS Colônia)	CASCATA	Tradicional	SMS
	CERRITO ALEGRE	ESF	SMS
	CORDEIRO DE FARIAS	ESF	SMS
	CORRIENTES	ESF	SMS
	POSTO BRANCO	Tradicional	SMS
	GRUPELLI	ESF	SMS
	COLÔNIA MACIEL	ESF	SMS
	MONTE BONITO	ESF	SMS
	COLÔNIA OSÓRIO	ESF	SMS
	PEDREIRAS	ESF	SMS
	SANTA SILVANA	Tradicional	SMS
	COLÔNIA TRIUNFO	ESF	SMS
	VILA NOVA	ESF	SMS

Figura 6 – Quadro demonstrativo das unidades de atenção primária à saúde. Pelotas. 2018
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

Além dos serviços de atenção primária, o município conta com uma UBS de atendimento imediato (UBAI – Navegantes), um Pronto Socorro Municipal (PSP), um Pronto Atendimento (General Osório), uma UPA (Areal), oito Centros de atendimento Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades, um Centro de atendimento à Saúde do Escolar (CASE) e cinco hospitais: o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Hospital São Francisco de Paula, Santa Casa de Misericórdia, Beneficência Portuguesa, Hospital Espírita de Pelotas (SMS, 2018).

Em 2015 foi inaugurado no município de Pelotas o Centro de Diabetes e Hipertensão (CDH), situado no Centro de Pesquisas em Saúde Amilcar Gigante, com a proposta de atender todas as pessoas com DM Tipo 1, DM Tipo 2 e Diabetes Gestacional encaminhadas pelas unidades de atenção primária à saúde devido ao controle inadequado da doença, além de pacientes com hipertensão arterial de difícil controle e com suspeita de hipertensão arterial secundária. Portanto, o CDH destina-se ao atendimento de diabéticos e hipertensos com elevado risco cardiovascular e possíveis lesões de órgão alvo, incluindo a DRC.

Para os usuários diagnosticados com diabetes mellitus, o município disponibiliza medicamentos orais (Metformina 800mg e Glibenclamida 5mg) nas UBS's e na Farmácia Municipal e para pessoas insulino dependentes o município disponibiliza a Insulina via Farmácia Municipal. Além da insulina, também são

disponibilizados para os usuários insulíndependentes, fitas de hemoglicoteste e glicosímetro para o auto monitoramento da glicemia capilar por meio do “Programa de Diabetes” com sede na Secretaria Municipal de Saúde. Depois de efetuado o cadastro, a dispensação dos insumos é realizada mediante a demonstração da monitorização periódica da glicemia por meio da apresentação do “diário de glicemia”.

Destaca-se que o município de Pelotas conta com três serviços de TRS, os quais oferecem as duas modalidades de diálise (diálise peritoneal e hemodiálise) financiadas pelo SUS e convênios. O serviço de hemodiálise da Santa Casa de Misericórdia é considerado o maior serviço da zona sul, localizado no Centro de Pesquisas em Saúde Amílcar Gigante e também atende pessoas com DRC encaminhadas de outros municípios vizinhos. O segundo serviço de TRS do município, instalado no Hospital Beneficência Portuguesa, possui cadastrada cerca de 150 pessoas/mês para hemodiálise e 60 pessoas para diálises peritoneais/mês. O terceiro serviço de TRS, estabelecido no Hospital São Francisco de Paula, atende mais de 120 pessoas/mês para diálise.

6.3 População do estudo

A população do estudo foi extraída das 51 UBS’s presentes no município de Pelotas. Para avaliação da capacidade institucional para atenção ao diabetes mellitus, optou-se por realizar um censo dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam nas unidades de atenção primária, considerando as urbanas e as rurais.

Dentre as 51 UBS’s existentes no município de Pelotas, todas foram visitadas para apresentar o objetivo do estudo, entretanto duas foram excluídas do estudo, uma delas localizada no DSI que, segundo relato da equipe, a UBS’s passou a fornecer atendimento de nível secundário (para urgências) desde março de 2017 e, sendo assim, a equipe considera não prestar atendimento caracterizado como atenção primária e optaram por não participar do estudo. Na outra unidade de saúde, localizada no DSV, não havia médico e a enfermeira estava vinculada ao serviço por um período inferior a um mês, considerado período de ambientação e, portanto, recusou participar do estudo. Assim, a abrangência do estudo foi de 49 unidades que representam 96,1% das UBS’s do município.

Considerando o conjunto de unidades de saúde, a amostra desse estudo foi 159 profissionais (80 médicos generalistas e 79 enfermeiros) de um total de 211

profissionais (119 médicos generalistas e 92 enfermeiros) vinculados às unidades de atenção primária participantes do estudo.

A figura 7, a seguir, caracteriza a amostra participante:

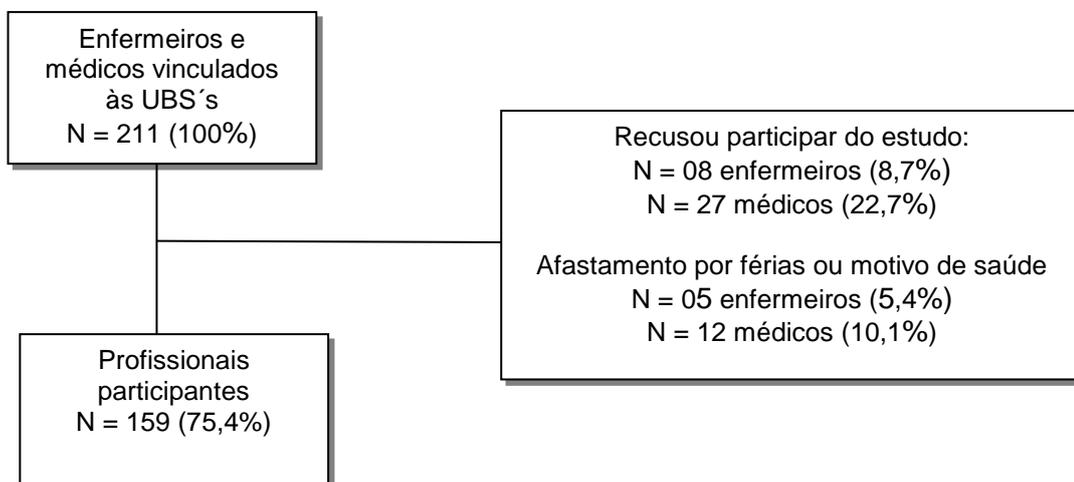


Figura 7 – Esquema de caracterização da amostra participante. Pelotas–RS, dezembro 2017 – junho 2018. Junho, 2019.

Fonte: a autora

De acordo com o esquema acima, a taxa de recusa em participar do estudo foi de 8,7% para enfermeiros e 22,7% para médicos e a taxa de exclusão foi de 5,4%, para enfermeiros e 10,1% para médicos, sendo assim a taxa de participação foi de 75,4%.

6.3.1 Critério de inclusão para participação dos profissionais:

Enfermeiros e médicos que atuavam como generalistas na atenção primária à saúde de Pelotas.

6.3.2 Critérios de exclusão para participação dos profissionais:

O critério de exclusão adotado neste estudo foi profissionais que estavam afastados do serviço de saúde por motivo de férias ou de licença saúde durante o período de coleta de dados.

6.4 Procedimentos para a coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados, foi feito contato prévio com a diretoria de ações em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, solicitando a autorização para realização da pesquisa nas UBS's do município, com envio do projeto de pesquisa e da carta de apresentação da aluna de pós-graduação assinada

pela orientadora. Após obter a autorização da SMS (Apêndice C), solicitou-se ainda a anuência dos responsáveis pelas UBS's para realização da pesquisa através da assinatura da carta de anuência (Apêndice D).

A partir daí, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Após aprovação do CEP (Anexo C), iniciou-se a coleta de dados. As visitas às UBS's eram previamente agendadas com o responsável pela unidade, considerando a disponibilidade da agenda dos profissionais. Em muitos casos foi necessário visitar a mesma UBS mais de uma vez devido ao fluxo intenso de atendimento ou, ainda, à existência de diferentes turnos de trabalho.

Em cada visita, os profissionais eram abordados individualmente, em ambiente privativo, esclarecidos acerca do objetivo da pesquisa e em seguida convidados a participarem do estudo. Diante do aceite em participar do estudo foi entregue ao profissional o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E) e o questionário ACIC, autoaplicado (Anexo A). Para os responsáveis pela UBS, além do TCLE e do ACIC, foi entregue, ainda, o questionário AECC para preenchimento na forma de check list autoaplicado (Anexo B).

A maior parte dos dados foi coletada com uso de questionários autoaplicáveis, contendo perguntas fechadas destinados aos profissionais médicos e enfermeiros atuantes em 49 unidades de saúde da atenção primária do município de Pelotas. Também foram realizadas notas de campo em arquivo word com intuito de detalhar aspectos técnicos de cada visita e da resposta aos instrumentos de pesquisa como tempo de início e término de autoaplicação do questionário e ainda percepções da pesquisadora quanto a compreensão do profissional em relação aos critérios de avaliação dos questionários (Apêndice F).

A pesquisadora ficou diretamente responsável pela coleta de dados e contou ainda com a colaboração de uma bolsista de iniciação científica e uma acadêmica de enfermagem, ambas com expertise em coleta de dados, pois já participavam do grupo de pesquisa. Sobretudo, foram capacitadas para abordagem dos profissionais, utilização dos instrumentos de pesquisa e quanto ao referencial teórico do modelo de cuidados crônicos.

Após a coleta dos dados, os instrumentos foram checados quanto ao preenchimento, pela pesquisadora. Foram identificados três questionários

incompletos e dois preenchidos de maneira equivocada. Em todos os casos, os profissionais foram novamente contatados para completar/consertar o preenchimento do questionário.

6.5 Instrumentos para a coleta de dados

Considerando o referencial metodológico adotado no presente estudo - a tríade de Donabedian - que fornece um enquadramento das dimensões do cuidado em três categorias: “estrutura”, “processo” e “resultado”, adotaram-se neste estudo as duas primeiras categorias, ou seja, “estrutura” e “processo” para identificar os recursos disponíveis e determinar a capacidade institucional para o cuidado às pessoas com DM no município de Pelotas.

Nesse sentido, foram utilizados dois questionários para a coleta de dados, são eles: o AECC e o ACIC. O primeiro questionário, o AECC, representa a dimensão “Estrutura” avaliada pela mensuração da proporção de componentes do MCC disponíveis nas UBS’s. Este foi direcionado ao profissional responsável pela unidade (o gerente da unidade) e tem por finalidade avaliar a estrutura das unidades de saúde em relação aos recursos físicos, humanos e materiais destinados à gestão do cuidado às pessoas com diabetes mellitus e principais fatores associados de risco cardiovascular.

Assim, o AECC avalia cinco componentes do MCC, a saber: organização da atenção à saúde (compreendido em dois subcomponentes “avaliação de desempenho” e “normatização”); desenho do sistema de prestação de serviços; sistema de informação clínica; suporte às decisões clínicas e autocuidado apoiado (Anexo B). Os recursos avaliados são considerados necessários para o funcionamento adequado das unidades que prestam assistência aos usuários com diabetes mellitus.

Desse modo, os dados do questionário AECC fornecem indicadores de estrutura física, material, recursos humanos e organização disponíveis para a gestão do cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária à saúde de Pelotas, considerando os componentes do MCC.

Destaca-se que este questionário foi respondido pelo responsável (gerente) da unidade de saúde, em ambiente privativo, após o esclarecimento dos objetivos do estudo e assinatura do TCLE (Apêndice E).

A capacidade institucional, compreendida como dimensão “Processo”

conforme referencial metodológico adotado, foi avaliada por meio da autoaplicação do segundo instrumento utilizado na coleta de dados: o ACIC (Anexo A). Ele foi direcionado aos profissionais (enfermeiros e médicos) das UBS's e possui dois objetivos principais: (1) identificar áreas para melhoria da qualidade do cuidado antes da implementação de ações e (2) avaliar o nível e a natureza das melhorias desenvolvidas após as intervenções adotadas.

O ACIC é composto por 28 itens que contemplam os seis elementos fundamentais do MCC, distribuídos a seguir: organização da atenção à saúde (seis itens), recursos da comunidade (três itens), autocuidado apoiado (quatro itens), suporte às decisões clínicas (quatro itens), desenho do sistema de atenção (seis itens) e sistema de informação clínica. A interpretação deste instrumento é feita por meio do escore obtido pela média aritmética simples dos seus componentes. A pontuação mais alta (escore entre 9-11) é indicativa de um local com recursos e estrutura ótima. A pontuação mais baixa (escore entre 0-2) corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas (BONOMI *et al.*, 2002).

Os dados dos questionários ACIC fornecem indicadores do processo de gestão do cuidado às pessoas com diabetes mellitus no município. A unidade de análise utilizada para avaliação da capacidade institucional para atenção ao diabetes mellitus, trata-se da média aritmética simples representada pela razão entre a soma da pontuação obtida a partir dos questionários aplicados aos profissionais (numerador) dividido pelo número de profissionais entrevistados (denominador) em cada unidade de saúde amostrada.

Estudos anteriores, que analisaram a aplicabilidade de instrumentos alinhados ao referencial teórico do MCC, recomendam a discussão prévia dos componentes do modelo, de modo a garantir a padronização da interpretação dos conceitos (COSTA, CAZOLA, TAMAKI, 2016; MOYSÉS, Simone, SILVEIRA FILHO, MOYSÉS, Samuel, 2012). Portanto, no presente estudo, utilizou-se a figura gráfica do MCC (figura 5), impressa e plastificada, para ilustrar a explicação verbal realizada de forma padronizada e individual acerca do significado de cada um dos componentes e suas interrelações, previamente à autoaplicação dos questionários utilizados na coleta de dados.

Ao todo foram aplicados 49 questionários AECC, ou seja, um questionário para cada uma das unidades participantes. Enquanto que o questionário ACIC foi aplicado

para 80 médicos generalistas e para 79 enfermeiros, totalizando 159 profissionais que atuavam nas respectivas unidades de saúde.

6.6 Análise dos dados

As variáveis selecionadas para este estudo foram pré-codificadas, duplamente digitadas por digitadores independentes no programa EpiData versão 3.1. Após a verificação e correção dos erros de digitação os dados foram armazenados no programa SAS (*Statistical Analysis System*) versão 9.3. Para caracterização dos participantes do estudo, utilizaram-se estatísticas técnicas e exploratórias: média, desvio padrão (DP), distribuição de frequências para as variáveis sociodemográficas e relacionadas a atuação profissional, conforme figura 8.

Características	Variáveis	Opções de resposta e código numérico da resposta	Classificação da variável	Fonte de dados	
				Folha rosto ACIC	CNES
1. Dados Sociodemográficos	Sexo	Feminino (0) / Masculino (1)	Categórica dicotômica	X	
	Profissão	Enfermeiro (0) / Médico (1)	Categórica	X	
	UBS que trabalha	Aberta (Código CNES)	Categórica		X
	Categoria profissional	Médico generalista (0)/ Médico cubano (1)/ Tutor programa mais médico (2)/ Supervisor programa mais médico(3)/ Médico mais médico (4)/ Enfermeiro (9)	Categórica	X	
	Vínculo profissional	Contrato por tempo determinado (0)/ Bolsista (1)/ Estatutário, empregado público ou concursado (2)	Categórica		X
	Tempo de exercício profissional (válido a partir de 2007)	Aberta em meses	Numérica contínua		X
	Tempo de exercício profissional em atenção primária	Aberta em meses	Numérica contínua		X
	Tempo de exercício profissional na UBS do estudo	Aberta em meses	Numérica contínua		X

Figura 8 – Quadro demonstrativo das principais variáveis sociodemográficas consideradas no estudo, sua classificação e fonte de dados respectivamente. Pelotas-RS. Junho, 2019.

Fonte: a autora

Para atender ao objetivo de identificar a disponibilidade de estrutura para o cuidado ao diabetes mellitus, realizou-se uma análise quanto à presença ou ausência do atributo observado; foi feita uma proporção de quantos dos atributos estavam presentes em cada unidade, de modo que o escore de cada componente foi calculado em porcentagem, utilizando a soma do número de itens disponíveis na unidade como o numerador e o total de itens possíveis como denominador e este resultado multiplicado por 100. A média geral de cada componente de todas as unidades avaliadas corresponde a uma estimativa da condição da estrutura na rede de saúde do município. O escore total do AECC foi calculado como a média dos escores dos cinco componentes, com pontuação variando de 0% a 100%, de modo que a maior proporção indica maior grau de implementação do MCC.

A interpretação do instrumento AECC foi feita através de faixas de classificação: a pontuação mais baixa (percentual ≥ 0 e $\leq 25,4$) representada pela cor vermelha corresponde a uma unidade com recursos e estrutura “limitada” para atenção ao diabetes mellitus; percentuais que variam entre $\geq 25,5$ e $\leq 50,4$, representados pela cor amarelo escuro, correspondem a uma unidade com recursos e estrutura “básica”; percentuais que variam entre $\geq 50,5$ e $\leq 75,4$, representados pela cor amarelo claro, correspondem à capacidade de recursos e estrutura razoável e percentuais que variam entre $\geq 75,5$ e ≤ 100 , representados pela cor verde, correspondem a uma unidade que possui capacidade de estrutura e recursos “ótima” para atenção ao diabetes mellitus.

A figura 9 apresenta as partes do instrumento AECC, com seus componentes principais e os critérios de avaliação:

Componentes	Critérios
Organização da atenção à saúde	Avaliação de desempenho dos médicos
	Avaliação de desempenho dos enfermeiros
	Avaliação de desempenho de outros profissionais
	Incentivos para boas práticas
	Informação sobre a taxa de pessoas com diabetes mellitus e A1c >7% ou glicemia de jejum >130 mg/dl
	Educação continuada para melhora da prática clínica
	Educação continuada para melhora do controle da diabetes mellitus
Desenho do sistema de prestação de serviços	Sistema de agendamento que informe a data da próxima consulta
	Sistema de agendamento para consulta com profissional de preferência
	Sistema de estratificação de risco
	Equipe interdisciplinar
	Presença de médico na equipe
	Presença de enfermeiro na equipe
	Presença de nutricionista na equipe
	Presença de assistente social na equipe
	Presença de educador profissional não médico na equipe
	Existência de prontuário clínico
	Revisão do prontuário antes da consulta
	Conduta planejada antes da consulta
	Lista de faltantes às consultas programadas
	Contato com faltantes às consultas programadas
	Fichas de encaminhamento
	Normatização do tempo de consulta de acompanhamento
	Normatização do tempo de primeira consulta
Sistema de informação clínica	Lista de pessoas com diabetes
	Lista de problemas na atenção às pessoas com diabetes
	Fluxogramas para atenção às pessoas com diabetes
	Lista de intervenções para melhorar o controle da diabetes
	Monitoramento dos exames de laboratório
	Monitoramento de exames de eletrocardiograma
	Monitoramento de encaminhamento para outros serviços
	Prontuário eletrônico
Suporte às decisões clínicas	Diretrizes clínicas para o diabetes
	Diretrizes clínicas segundo a idade
	Lembretes para a equipe de saúde relacionado ao diabetes
	Protocolo de alerta de resultados laboratoriais alterados para a equipe
	Protocolo de alerta de resultados laboratoriais alterados para pacientes
Autocuidado apoiado	Lembretes para pacientes com diabetes
	Programa de autocuidado para pacientes com diabetes
	Materiais impressos para pacientes com informação sobre diabetes
	Materiais impressos para pacientes com informação sobre tabagismo
	Materiais impressos para pacientes com informação sobre álcool
	Materiais impressos para pacientes com informação sobre atividade física
	Materiais impressos para pacientes com informação sobre alimentação saudável
	Materiais eletrônicos para pacientes com informação sobre diabetes
	Materiais eletrônicos para pacientes com informação sobre hipertensão
	Busca ativa de diabetes
	Busca ativa de hipertensão
	Busca ativa de dislipidemia
	Busca ativa de tabagismo
	Busca ativa de abuso ou dependência do álcool
Busca ativa de pé com neuropatia diabética	

Figura 9 - Quadro representativo dos componentes e critérios do instrumento AECC.
 Fonte: Adaptado de SCHOLLE *et al.*, 2008

No intuito de contemplar o objetivo específico de determinar a capacidade institucional para o cuidado ao diabetes mellitus, foram analisados os resultados do questionário ACIC. Os dados dos questionários ACIC fornecem indicadores do processo de gestão do cuidado às pessoas com diabetes mellitus no município. A unidade de análise utilizada para avaliação da capacidade institucional para atenção ao diabetes mellitus trata-se do conjunto representado pela média aritmética simples da pontuação obtida a partir dos questionários autoaplicados a todos os profissionais em cada unidade de saúde amostrada.

A interpretação do instrumento ACIC foi feita através do escore obtido pela média aritmética simples dos seus componentes. A pontuação mais baixa, escore entre ≥ 0 e $\leq 2,4$ (nível D), representado pela cor vermelha, corresponde a um local com recursos e estrutura muito “limitada” para a atenção às condições crônicas; escore entre $\geq 2,5$ e $\leq 5,4$ (nível C), representado pela cor amarelo escuro, corresponde a uma capacidade “básica”; escore entre $5,5$ e $\leq 8,4$ (nível B), representado pela cor amarelo claro, corresponde a um local com capacidade “razoável”; e o escore mais alto entre $\geq 8,5$ e $\leq 11,0$ (nível A), representado pela cor verde é indicativo de um local com recursos e estrutura “ótima” (BONOMI *et al.*, 2002).

As partes do instrumento ACIC, com seus componentes principais e os critérios de avaliação, podem ser vistas na figura 10:

Componentes	Crítérios
Organização da atenção à saúde	O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas
	Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas
	Estratégias para melhoria da atenção às condições crônicas
	Regulação e Incentivos para a atenção às condições crônicas
	Liderança superior da organização
	Benefícios e incentivos (econômicos e morais)
Articulação com a comunidade	Articulação das instituições de saúde das pessoas usuárias com os recursos comunitários
	Parcerias com organizações comunitárias
	Conselho local de saúde
	Agente comunitário de saúde
Autocuidado apoiado	Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado
	Suporte para o autocuidado apoiado
	Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares
	Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares
Suporte à decisão clínica	Diretrizes Clínicas baseadas em evidência
	Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde
	Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas
	Informações às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas
Desenho do sistema de prestação de serviços	Trabalho em equipe
	Liderança das equipes de saúde
	Sistema de agendamento
	Monitoramento da condição crônica
	Atenção programada para as condições crônicas
Sistema de informação clínica	Continuidade do cuidado
	Prontuário clínico eletrônicos
	Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
	Alerta para os profissionais
	Feedbacks para a equipe de saúde
	Informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias
Integração dos Componentes do Modelo de Cuidados Crônicos	Plano de cuidado das pessoas usuárias
	Informação às pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas
	Sistema de informação / registro clínico
	Programas comunitários
	Programa local das condições crônicas
	Monitoramento das metas e planos de cuidado
Diretrizes clínicas para condições crônicas	

Figura 10 - Quadro representativo dos componentes e critérios do instrumento ACIC

Fonte: BONOMI *et al.*, 2002 adaptado por MOYSÉS, Simone; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, Samuel, 2012

Para responder ao objetivo específico de comparar a capacidade institucional e a estrutura das UBS's, as variáveis dependentes foram apresentadas de forma descritiva por meio de média e desvio padrão. Para análise de correlação entre ACIC e AECC foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*, considerando como variáveis

as médias dos componentes do ACIC e AECC: organização da atenção à saúde, desenho do sistema de prestação de serviços, sistema de informação clínica, suporte às decisões clínicas, autocuidado apoiado.

Para atender ao objetivo específico de comparar as diferenças na percepção entre médicos e enfermeiros em relação às dimensões do ACIC, foi realizado o teste *t de Student* para as variáveis dependentes que atenderam aos pressupostos de normalidade (detectadas pelo teste de *Shapiro-Wilk*), tais quais: Comunidade, Autocuidado, Suporte a decisão, Desenho do Sistema de Prestação de Serviços e Pontuação Total. Para as variáveis que não atenderam aos pressupostos de normalidade (Organização, Sistema de Informação Clínica e Integração), foi feito o teste de *Kruskal-Wallis*. Uma análise de correlação de *Spearman* foi realizada utilizando as variáveis citadas, além do tempo experiência profissional, tempo de experiência profissional em atenção primária e tempo de trabalho na UBS do estudo.

Para comparar a percepção (ACIC) entre médicos generalistas, cubanos, supervisores e tutores do programa mais médicos, médicos do mais médicos e enfermeiros, foi utilizada a análise de variâncias (ANOVA) para as variáveis dependentes que atenderam aos pressupostos de normalidade (citadas no parágrafo anterior). Para as variáveis que não atenderam aos pressupostos de normalidade, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* com pós teste de *Bonferroni*.

Foram considerados significantes achados com $p < 0,05$. O pacote estatístico utilizado foi o *Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.3.

6.6 Princípios éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas e aprovado sob parecer nº 2.388.446 e CAAE nº 79860617.2.0000.5316.

Neste estudo, respeitou-se a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2013b) e a Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que tratam da pesquisa envolvendo seres humanos e sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, respectivamente. Foi observado ainda o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme Resolução COFEN nº 311/2007, Capítulo III que dispõe sobre os deveres nos artigos

89, 90, 91 e 92 e das proibições nos artigos 94,96 e 98.

Esta pesquisa apresentou como riscos previsíveis a divulgação de dados confidenciais e invasão de privacidade relacionada à coleta de dados. Como medidas para minimizar tais riscos, foram garantidos cuidados quanto à segurança dos dados contidos nos questionários preenchidos, e a garantia do anonimato; destaca-se ainda que foi utilizado um local reservado para autoaplicação do questionário.

Os prováveis benefícios da pesquisa estiveram relacionados diretamente a reflexão das práticas de cuidado à saúde; indiretamente a pesquisa poderá fortalecer ou propor o uso de novas tecnologias e formas de organização do sistema de saúde às pessoas com diabetes mellitus por parte dos profissionais e das lideranças organizacionais. Portanto, se forem considerados os prováveis benefícios da pesquisa, verificar-se-á que os princípios de beneficência e não maleficência foram respeitados.

Assim, com respeito à dignidade humana, a pesquisa foi realizada após esclarecimentos dos objetivos, relevância e metodologia da pesquisa aos participantes que procederão à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E). Estes foram elaborados em duas vias, permanecendo uma delas com os participantes e a outra com o(a) pesquisador(a).

Cabe ressaltar que o material da pesquisa (questionários e os termos de consentimento assinados) está guardado em local seguro e o banco de dados armazenado em *pendrive*, sob responsabilidade da pesquisadora, por um período de cinco anos e após este período serão incinerados os documentos físicos e deletados os documentos eletrônicos.

7 Resultados

Os resultados do presente estudo estão organizados em três partes. Na primeira, foi apresentada a dimensão “estrutura” para o cuidado ao diabetes mellitus na atenção primária e mensurada a classificação dos cinco componentes: organização da atenção à saúde, autocuidado apoiado, suporte às decisões clínicas, desenho do sistema de prestação de serviços e sistema de informação clínica.

Na segunda parte foi apresentada a dimensão “processo” das ações de cuidado ao diabetes mellitus relacionado à capacidade institucional, de acordo com a percepção dos profissionais que atuam na APS e as respectivas classificações dos seis componentes do modelo: organização da atenção à saúde, recursos da comunidade, autocuidado apoiado, suporte às decisões clínicas, desenho do sistema de atenção e sistema de informação clínica. Na terceira foram apresentados elementos de articulação entre as dimensões “estrutura” e “processo” e comparações entre as percepções dos profissionais acerca das ações de cuidado ao diabetes mellitus na atenção primária a saúde.

Nas duas primeiras partes dos resultados, correspondente aos itens 7.1 e 7.2, utilizou-se uma escala de cores gradativa (que varia do vermelho ao verde) e crescente (da menor a maior média) e que correspondem, respectivamente, a uma avaliação considerada “pior” e “melhor” do componente analisado. Ressalta-se, ainda, que a apresentação dos resultados foi feita em três unidades de análises de forma crescente e sequencial, ou seja, primeiramente os resultados foram apresentados por unidade de saúde, em segunda análise por distrito sanitário de saúde e, por último, uma análise global do município. No item 7.3, os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e representam uma análise global do município.

7.1 Estrutura para o cuidado de pessoas com diabetes na atenção primária à saúde

A tabela 1 expressa os resultados relacionados ao número de profissionais da saúde, segundo especialidade, a estimativa de população coberta por unidade de saúde, por distrito sanitário e total do município.

Tabela 1 - Número de profissionais por especialidade e população coberta, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 49)

Distrito sanitário	Médico	Médico especialista	Enfermeiro	Nutricionista	Psicólogo	Técnico em Farmácia ou Farmacêutico	Assistente Social	Agente comunitário	Técnico enfermagem	Auxiliar enfermagem	População
DSI_a	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2200
DSI_b	4	1	3	0	0	0	1	17	3	0	10000
DSI_c	2	0	2	0	0	0	1	7	0	2	7000
DSI_d	2	0	2	1	0	0	1	11	2	0	5300
DSI_e	2	0	2	0	0	0	1	4	2	0	5500
DSI_f	2	0	1	0	0	0	1	7	2	0	4000
Total DSI	12	1	11	1	0	0	5	46	10	2	34000
DSII_a	3	0	2	0	1	0	1	8	2	0	1365
DSII_b	2	0	2	0	0	0	1	7	1	1	5000
DSII_c	2	0	3	0	0	0	1	14	0	5	7500
DSII_d	3	4	2	1	0	0	1	0	1	4	-
DSII_e	1	1	1	0	1	0	1	4	1	0	4030
DSII_f	4	0	2	1	1	0	0	3	2	0	-
Total DSII	15	5	12	2	3	0	5	36	7	10	17895
DSIII_a	1	2	2	0	0	0	1	0	2	1	8000
DSIII_b	2	2	1	0	0	0	1	0	0	4	-
DSIII_c	3	0	2	0	1	0	1	7	2	0	5000
DSIII_d	4	0	5	0	0	2	1	18	0	4	30000
DSIII_e	3	3	2	1	0	0	1	0	2	1	-
DSIII_f	2	0	2	0	0	0	1	9	0	1	4243
DSIII_g	1	2	1	0	0	0	1	3	1	0	3000
Total DSIII	16	9	15	1	1	2	7	37	7	11	50243
DSIV_a	2	0	2	0	0	0	0	8	0	2	7800
DSIV_b	3	0	3	0	1	2	1	8	3	0	8000
DSIV_c	4	0	3	0	0	0	1	15	0	3	15000
DSIV_d	5	4	2	1	0	0	0	0	4	0	-
DSIV_e	1	3	2	1	0	3	1	0	3	1	-
DSIV_f	5	0	3	1	0	2	1	18	0	3	12000
DSIV_g	3	2	3	1	0	1	1	11	0	4	10000
Total DSIV	23	9	18	4	1	8	5	60	10	13	52800

Continuação...

Distrito sanitário	Médico	Médico especialista	Enfermeiro	Nutricionista	Psicólogo	Farmácia	Assistente Social	Agente comunitário	Técnico enfermagem	Auxiliar enfermagem	População
DSV_a	1	0	1	0	0	0	1	7	0	1	7000
DSV_b	3	0	1	1	0	0	1	4	0	2	5000
DSV_c	8	0	3	1	0	0	1	11	0	5	8000
DSV_d	2	0	2	1	0	0	1	10	1	1	5000
DSV_e	6	0	4	1	1	3	1	19	0	4	11000
DSV_f	4	0	2	1	1	0	1	1	0	4	6000
DSV_g	5	0	5	1	0	0	1	17	1	3	18000
DSV_h	2	0	1	1	0	0	1	4	1	0	12000
DSV_i	2	0	2	0	0	0	1	4	1	0	2966
DSV_j	6	0	3	1	0	0	1	18	2	1	9000
Total DSV	39	0	24	8	2	3	10	95	6	21	83966
DSVI_a	2	1	1	0	0	0	1	0	2	0	-
DSVI_b	1	0	1	0	0	0	1	7	0	1	1860
DSVI_c	1	0	1	0	0	0	1	3	1	0	1300
DSVI_d	1	0	1	0	0	0	1	3	0	1	2300
DSVI_e	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	-
DSVI_f	1	0	1	0	0	0	0	7	1	0	1950
DSVI_g	1	0	1	0	0	0	1	4	1	0	4000
DSVI_h	1	0	1	0	0	0	1	5	1	0	1235
DSVI_i	1	0	1	0	0	0	1	5	1	0	1400
DSVI_j	1	0	1	0	0	0	0	4	1	0	2560
DSVI_l	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1400
DSVI_m	1	0	1	0	0	0	0	6	1	0	2252
DSVI_n	1	0	1	0	0	0	0	6	0	1	1600
Total DSVI	14	1	12	0	0	0	9	50	10	4	21857
TOTAL	119	25	92	16	7	13	41	324	50	61	260761

Legenda: (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia). As letras "a - n" representam as unidades de saúde presentes em cada distrito.

Fonte: a autora

Conforme observado na tabela 1, dentre as 49 unidades de saúde incluídas no estudo, seis (12,2%) estão localizadas no DSI (uma tradicional e cinco ESF), seis (12,2%) no DSII (uma tradicional e cinco ESF), sete (14,3%) no DS III (três tradicionais, uma mista e três ESF), sete (14,3%) no DS IV (duas tradicionais, uma mista e quatro ESF), dez (20,4%) no DSV (01 tradicional, duas mistas e sete ESF), 13 (26,5%) no DSVI (três tradicionais e dez ESF). Nota-se que o DS III (centro/porto) apresentou maior número de unidades que não atuam no modelo ESF.

O número total de profissionais por especialidade que atuavam nestas unidades correspondeu a 119 médicos generalistas, 25 médicos especialistas, 92 enfermeiros, 16 nutricionistas, 07 psicólogos, 13 farmacêuticos/assistentes de farmácia, 41 assistente social, 324 agentes comunitários de saúde, 50 técnicos de enfermagem e 61 auxiliares de enfermagem. Em relação aos profissionais por distrito, destaca-se que existe uma concentração de nutricionistas no DSV, enquanto o DSVI não tem cobertura para esse tipo de atendimento. Do mesmo modo, os DSI e DSVI não possuem profissional para atendimento psicológico.

A população total de abrangência correspondeu a 260.761 habitantes. As unidades tradicionais que não informaram a população adstrita, uma vez que atendem por livre demanda, tiveram a população sinalizada com símbolo (-) na linha correspondente. Verifica-se que existem diferenças quanto ao número de unidades por distrito e, conseqüentemente, no número de pessoas adstritas, com predomínio de população nos distritos sanitários III, IV e V.

Na tabela 2, verificam-se os componentes de avaliação da estrutura por unidade de saúde e na sua observação foi possível constatar a heterogeneidade dos resultados. Por um lado, seis (12,2%) unidades de saúde (DSI_b; DSV_g; DSV_j; DSVI_d; DSVI_h; DSVI_j) obtiveram classificação “ótima” (percentual total $\geq 75,5$) no quesito estrutura para o cuidado de pessoas com diabetes e, por outro lado, oito (16,3%) unidades (DSI_a; DSI_e; DSII_d; DSIII_a; DSIII_b; DSIV_a; DSV_f; DSVI_l) foram classificadas com capacidade “muito limitada” (percentual total $\leq 25,4$) para o cuidado. Destaca-se que das oito unidades com capacidade “muito limitada” seis (75,0%) atuam no modelo tradicional.

Tabela 2 – Frequência e classificação da disponibilidade dos componentes da dimensão estrutura para os cuidados crônicos por unidade de saúde, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 49)

UBS	Organização da atenção à saúde (%)	Desenho sistema de prestação serviço (%)	Sistema de informação clínica (%)	Suporte à decisão clínica (%)	Autocuidado apoiado (%)	Total (%)
DSI_a_T	0	38,9	0	0	14,3	10,6
DSI_b_E	85,7	66,7	100	100	92,9	89,1
DSI_c_E	85,7	66,7	12,5	0	85,7	50,1
DSI_d_E	28,6	33,3	25,0	20,0	35,7	28,5
DSI_e_E	0	50,0	25,0	0	35,7	22,1
DSI_f_E	28,6	55,6	62,5	60,0	64,3	54,2
DSII_a_E	57,1	55,6	50,0	60,0	35,7	51,7
DSII_b_E	57,1	77,8	50,0	60,0	42,9	57,6
DSII_c_E	57,1	27,8	12,5	40	14,3	30,3
DSII_d_T	0	27,8	12,5	0	0	8,1
DSII_e_E	14,3	66,7	62,5	40	50	46,7
DSII_f_E	14,3	61,1	75,0	40	64,3	50,9
DSIII_a_T	0	44,4	25,0	20	14,3	20,7
DSIII_b_T	28,6	44,4	25,0	0	0	19,6
DSIII_c_E	42,9	50,0	50,0	0	0	28,6
DSIII_d_M	57,1	72,2	62,5	100	78,6	74,1
DSIII_e_T	28,6	72,2	50,0	0	50,0	40,2
DSIII_f_E	14,3	61,1	25,0	60,0	50,0	42,1
DSIII_g_E	28,6	83,3	50,0	100	64,3	65,2
DSIV_a_E	28,6	27,8	12,5	20,0	14,3	20,6
DSIV_b_E	57,1	66,7	87,5	40,0	21,4	54,5
DSIV_c_E	57,1	61,1	50,0	40,0	71,4	55,9
DSIV_d_T	28,6	55,6	12,5	0	35,7	26,5
DSIV_e_T	0	55,6	50,0	20,0	28,6	30,8
DSIV_f_E	71,4	83,3	12,5	0	35,7	40,6
DSIV_g_M	42,9	66,7	50,0	40,0	42,9	48,5
DSV_a_E	57,1	72,2	50,0	20,0	85,7	57
DSV_b_M	14,3	55,6	12,5	40,0	35,7	31,6
DSV_c_E	14,3	66,7	25,0	20,0	50,0	35,2
DSV_d_E	42,9	72,2	37,5	40,0	35,7	45,7
DSV_e_E	85,7	72,2	75,0	40,0	71,4	68,9
DSV_f_T	0	50	37,5	20,0	0	21,5
DSV_g_E	85,7	77,8	75,0	80,0	85,7	80,8
DSV_h_E	0	77,8	75,0	100	50,0	60,6
DSV_i_M	57,1	61,1	62,5	20,0	42,9	48,7
DSV_j_E	85,7	66,7	100	100	50,0	80,5
DSVI_a_T	28,6	66,7	62,5	40,0	35,7	46,7
DSVI_b_E	71,4	44,4	75,0	80,0	85,7	71,3
DSVI_c_E	57,1	83,3	62,5	100	85,7	77,7
DSVI_d_E	71,4	44,4	50,0	20,0	35,7	44,3
DSVI_e_T	42,9	55,6	75,0	40,0	42,9	51,3
DSVI_f_E	57,1	38,9	25	20,0	42,9	36,8
DSVI_g_E	71,4	83,3	100	100	85,7	88,1
DSVI_h_E	14,3	77,8	100	40,0	57,1	57,8
DSVI_i_E	57,1	50,0	37,5	20,0	57,1	44,3
DSVI_j_E	100	72,2	87,5	100	64,3	84,8
DSVI_l_T	0	22,2	25,0	20,0	14,3	16,3
DSVI_m_E	85,7	77,8	62,5	60,0	78,6	72,9
DSVI_n_E	42,9	38,9	25,0	20,0	42,9	33,9

Legenda: (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranja; DSVI: Colônia). As letras "a-n" representam as unidades de saúde presentes em cada distrito; "T": Tradicional; "M": Mista; "E": Estratégia Saúde da Família. Percentuais (%) entre ≥ 0 e $\leq 25,4$ "limitada" $\geq 25,5$ e $\leq 50,4$ "básica" $\geq 50,5$ e $\leq 75,4$ "razoável" e $\geq 75,5$ e ≤ 100 "ótima".

Fonte: a autora

A análise dos percentuais de avaliação dos componentes de estrutura por distrito sanitário demonstra que os distritos sanitários DSI, DSII, DSIII e DSIV obtiveram classificação “básica” no quesito estrutura para o cuidado às pessoas com diabetes, enquanto os DSV e DSVI obtiveram classificação “razoável” (TABELA 3).

Tabela 3 - Frequência e classificação da disponibilidade dos componentes da dimensão estrutura para os cuidados crônicos por distrito sanitário de saúde, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 49)

Distrito	Organização da atenção à saúde (%)	Desenho sistema de prestação serviço (%)	Sistema de informação clínica (%)	Suporte à decisão clínica (%)	Autocuidado apoiado (%)	Total (%)
DSI	38,1	51,9	37,5	30,0	54,8	42,5
DSII	33,3	52,8	43,8	40,0	34,5	40,9
DSIII	28,6	61,1	41,1	40,0	36,7	41,5
DSIV	40,8	59,5	39,3	22,9	35,7	39,6
DSV	44,3	67,2	55,0	48,0	50,7	53,0
DSVI	53,8	58,1	60,6	50,8	56,0	55,9

Legenda: (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia). Percentuais (%) entre ≥ 0 e $\leq 25,4$ “limitada” $\geq 25,5$ e $\leq 50,4$ “básica” $\geq 50,5$ e $\leq 75,4$ “razoável” e $\geq 75,5$ e ≤ 100 “ótima”.

Fonte: a autora

A avaliação da estrutura do município revela que nenhum componente foi classificado como “ótimo”, apenas básico ou razoável. Nesse sentido, o componente que obteve maior média na análise do município foi “definição do sistema de prestação de serviços” (59,2%), enquanto “apoio à decisão” apresentou a pior média por município (40,8%) (TABELA 4).

Tabela 4 – Classificação da atenção primária por dimensões do AECC, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 49)

	Média percentual	IC95%	Classificação
Organização da atenção à saúde	42,0%	33,6 – 50,4	Básica
Desenho do sistema prestação de serviço	59,2%	54,5 – 63,9	Razoável
Sistema de informação clínica	48,7%	40,8 – 56,6	Básica
Suporte à decisão clínica	40,8%	31,2 – 50,4	Básica
Autocuidado apoiado	46,5%	39,1 – 53,9	Básica
Total	46,7%	40,6 – 52,8	Básica

Legenda: Percentuais (%) entre ≥ 0 e $\leq 25,4$ “limitada” $\geq 25,5$ e $\leq 50,4$ “básica” $\geq 50,5$ e $\leq 75,4$ “razoável” e $\geq 75,5$ e ≤ 100 “ótima”.

Fonte: a autora

As tabelas de 5 a 9 apresentam a distribuição dos critérios encontrados (presentes) na avaliação da dimensão estrutura e seus respectivos componentes por distrito sanitário. De acordo com a tabela 5, o principal entrave relacionado ao componente “organização” refere-se à dificuldade de obter a informação sobre a prevalência de pessoas com diabetes mellitus descompensada (TABELA 5).

Tabela 5 – Frequência dos critérios avaliados no componente “organização da atenção à saúde” na dimensão estrutura para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 49)

Organização da atenção à saúde	DSI (n=6) n (%)	DS II (n=6) n (%)	DS III (n=7) n (%)	DS IV (n=7) n (%)	DS V (n=10) n (%)	DS VI (n=13) n (%)	Pelotas (n=49) n (%)
Avaliação de desempenho para médicos	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (14,3)*	4 (57,1)	6 (60,0)	8 (61,5)	24 (49,0)
Avaliação de desempenho para enfermeiros	2 (33,3)	3 (50,0)	0 (0,0)*	3 (42,9)	5 (50,0)	6 (46,2)	19 (38,8)
Avaliação de desempenho para outros profissionais	2 (33,3)	2 (33,3)	0 (0,0)*	2 (28,6)	5 (50,0)	6 (46,2)	17 (34,7)
Incentivos para boas práticas	3 (50,0)	5 (83,3)	3 (42,9)	5 (71,4)	7 (70,0)	8 (61,5)	31 (63,3)
Informação da taxa de pessoas com diabetes descompensada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (23,1)*	3 (6,1)
Educação continuada para melhorar prática clínica	3 (50,0)	1 (16,6)*	5 (71,4)	4 (57,1)	5 (50,0)	10 (76,9)	28 (57,1)
Educação continuada para melhorar controle do diabetes	3 (50,0)	1 (16,6)	5 (71,4)	2 (28,6)	3 (30,0)	8 (61,5)	22 (44,9)

Legenda: *Resíduos ajustados padronizados com associação estatística > | 1,96 |. O percentual (%) refere-se à frequência relativa representada pelo número de unidades que possuem o critério de estrutura disponível no estabelecimento de saúde em relação ao total de unidades do referido distrito. (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia).

Fonte: a autora

A prevalência estimada de DM entre as pessoas cadastradas nas UBS's apresenta ampla variação por distrito sanitário (DS). De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, 4,6% das pessoas vinculadas as UBS's do DSI possuem registro de diagnóstico de DM, no DSII a prevalência encontrada foi de 3,8%, no DSIII foi de 2,6%, no DSIV foi de 8,4% e o DSV, o qual apresentou a menor a prevalência no município, com registro de 1,4% casos de DM.

Contudo, para este cálculo foram utilizadas as informações disponibilizadas por uma UBS's representante do distrito administrativo correspondente, não havendo disponibilidade de informações de todas as UBS's e também da zona rural. Salienta-se que a base de dados das UBS's e da secretaria de saúde do município não é atualizada periodicamente, o que dificulta a identificação de pessoas com diabetes e determinação da real prevalência desta condição na comunidade (NOTA DE CAMPO – INFORMAÇÃO VERBAL, 2017¹).

Além disso, destaca-se a deficiência na “avaliação de desempenho”, em especial dos enfermeiros e de outros profissionais não médicos, com classificação razoável para os DSV e VI (TABELA 5).

O critério melhor pontuado foi o “incentivo às boas práticas” presente em 31 (63,3%) das unidades de saúde. Dentre estas, 23 (46,9%) citaram o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e 4 (8,2%) citaram os relatórios de produtividade como fonte do incentivo, enquanto as outras 22 (44,9%) unidades não identificaram nenhum programa de incentivo às boas práticas.

A tabela 6 apresenta os critérios do componente de estrutura “desenho do sistema de prestação de serviços” que, de modo geral, obteve melhor avaliação em relação aos demais componentes do MCC. Os pontos positivos a destacar são: presença de equipe interdisciplinar (enfermeiro, médico e assistente social) na maioria das unidades de saúde e revisão do prontuário antes da consulta.

Os aspectos negativos foram: impossibilidade de escolha do profissional por afinidade pelo paciente no momento do agendamento, ausência de um serviço de nutrição de referência para a maioria das unidades de saúde e ausência de busca ativa para pacientes faltantes às consultas programadas.

¹ Nota de campo realizada durante a fase de planejamento do estudo (pré-projeto) em reunião com a diretora de ações em saúde (09/03/2017).

Tabela 6 - Frequência dos critérios avaliados no componente “desenho do sistema de prestação de serviço” na dimensão estrutura para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 49)

Desenho do sistema de prestação de serviços	DSI (N=6)	DS II (N=6)	DS III (N=7)	DS IV (N=7)	DS V (N=10)	DS VI (N=13)	Pelotas (N=49)
	N (%)						
Sistema de agendamento planejado	4 (66,6)	4 (66,6)	4 (57,1)	5 (71,4)	6 (60,0)	7 (53,8)	30 (61,2)
Sistema de agendamento por afinidade profissional	1 (16,6)	3 (50,0)	2 (28,6)	1 (14,3)	4 (40,0)	6 (46,2)	17 (34,7)
Classificação de risco	3 (50,0)	3 (50,0)	4 (57,1)	3 (42,9)	5 (50,0)	7 (53,8)	25 (51,0)
Equipe interdisciplinar	6 (100)	5 (83,3)	7 (100)	5 (71,4)	9 (90,0)	11 (84,6)	43 (87,8)
Médico	6 (100)	6 (100)	7 (100)	7 (100)	10 (100)	13 (100)	49 (100)
Enfermeiro	6 (100)	6 (100)	7 (100)	7 (100)	10 (100)	12 (92,3)	48 (98,0)
Nutricionista	1 (16,6)	2 (33,3)	1 (14,3)	4 (57,1)	8 (80,0)*	0 (0)*	16 (32,7)
Assistente Social	4 (66,6)	5 (83,3)	7 (100)	6 (85,7)	10 (100)	9 (69,2)	41 (83,7)
Educador não médico	1 (16,6)	1 (16,6)	4 (57,1)	4 (57,1)	6 (60,0)	5 (38,5)	21 (42,9)
Prontuário clínico	6 (100,0)	6 (100)	7 (100)	7 (100)	10 (100)	13 (100)	49 (100)
Revisão do prontuário ANTES da consulta	5 (83,3)	4 (66,6)	5 (71,4)	7 (100)	9 (90,0)	6 (46,2)*	36 (73,5)
Planejamento conduta ANTES da consulta	3 (50,0)	3 (50,0)	4 (57,1)	2 (28,6)	6 (60,0)	8 (61,5)	26 (53,1)
Revisão dos resultados DEPOIS da consulta	4 (66,6)	4 (66,6)	6 (85,7)	2 (28,6)**	10 (100)**	8 (61,5)	34 (69,4)
Lista de faltantes	2 (33,3)	1 (16,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	5 (50,0)	6 (46,2)	18 (36,7)
Contato faltantes	2 (33,3)	1 (16,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	6 (60,0)	7 (53,8)	19 (38,8)
Fichas encaminhamento	1 (16,6)	3 (50,0)	5 (71,4)	4 (57,1)	7 (70,0)	10 (76,9)	28 (57,1)
Normatização tempo consulta acompanhamento	1 (16,6)	0 (0)	1 (14,3)	3 (42,9)	0 (0)	4 (30,8)	9 (18,4)
Normatização tempo primeira consulta	1 (16,6)	0 (0)	1 (14,3)	4 (57,1)*	0 (0)	4 (30,8)	10 (20,4)

Legenda: *Resíduos ajustados padronizados com associação estatística $> | 1,96 |$ **Resíduos ajustados padronizados estatisticamente significativos $> | 1,96 |$ teste do qui-quadrado. O percentual (%) refere-se à frequência relativa representada pelo número de unidades que possuem o critério de estrutura disponível no estabelecimento de saúde em relação ao total de unidades do referido distrito. (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia).

Fonte: a autora

Do mesmo modo, a tabela 7 mostra os critérios do componente “sistema de informação clínica”. Destaca-se como positivo: a presença de prontuário eletrônico em 47 (95,9%) das unidades do município. Apesar deste achado, verifica-se que apenas 34 (69,4%) das unidades possuem lista de registro das pessoas com diabetes cadastradas na unidade. Além disso, a falta ferramentas de monitoramento de exames laboratoriais, de eletrocardiograma (ECG) e de apoio à decisão para os profissionais, tais como: lista de problemas que podem ser encontrados na atenção ao diabetes e fluxogramas foram os principais aspectos negativos encontrados. Destaca-se que o monitoramento do encaminhamento para consultas ambulatoriais especializadas é feito por um software de regulação: o “Aghos”. Este sistema eletrônico foi desenvolvido e implementado em Pelotas por uma empresa privada chamada Gestão e Tecnologia em Saúde (GSH), no ano de 2008, e também foi adotado em outros municípios do estado como Canoas, Carlos Barbosa e na capital Porto Alegre.

Tabela 7 - Frequência dos critérios avaliados no componente “sistema de informação clínica” na dimensão estrutura para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 49)

Sistema de informação clínica	DSI (N=6)	DS II (N=6)	DS III (N=7)	DS IV (N=7)	DS V (N=10)	DS VI (N=13)	Pelotas (N=49)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Lista de pessoas com diabetes	4 (66,6)	3 (50,0)	4 (57,1)	3 (42,9)	8 (80,0)	12 (92,3)*	34 (69,4)
Lista de problemas	1 (16,6)	3 (50,0)	1 (14,3)	3 (42,9)	5 (50,0)	8 (61,5)	21 (42,9)
Algoritmos e fluxogramas	1 (16,6)	2 (33,3)	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (20,0)	3 (23,1)	10 (20,4)
Lista de intervenções	1 (16,6)	3 (50,0)	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (20,0)	9 (69,2)*	18 (36,7)
Monitoramento dos exames laboratoriais	2 (33,3)	0 (0)*	3 (42,9)	3 (42,9)	6 (60,0)	5 (38,5%)	19 (38,8)
Monitoramento ECG	2 (33,3)	0 (0)	2 (28,6)	2 (28,6)	4 (40,0)	5 (38,5%)	15 (30,6)
Monitoramento encaminhamento	2 (33,3)	4 (66,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	7 (70,0)	9 (69,2)	27 (55,1)
Prontuário eletrônico	5 (83,3)	6 (100)	7 (100)	7 (100)	10 (100)	12 (92,3)	47 (95,9)

Legenda: *Resíduos ajustados padronizados com associação estatística > | 1,96 |. O percentual (%) refere-se à frequência relativa representada pelo número de unidades que possuem o critério de estrutura disponível no estabelecimento de saúde em relação ao total de unidades do referido distrito. (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia).

Fonte: a autora

De modo geral, o componente “suporte à decisão clínica” obteve a pior avaliação na dimensão “estrutura” no município. A tabela 8, mostrada a seguir, apresenta os critérios utilizados, verifica-se a presença de diretriz clínica para o tratamento do diabetes mellitus em 37 (75,5%) unidades. Destacam-se como aspectos negativos: ausência de mecanismos de alertas sobre exames laboratoriais alterados tanto para equipe quanto para pacientes.

Tabela 8 - Frequência dos critérios avaliados no componente “suporte à decisão clínica” na dimensão estrutura para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 49)

Suporte à decisão clínica	DSI (N=6)	DS II (N=6)	DS III (N=7)	DS IV (N=7)	DS V (N=10)	DS VI (N=13)	Pelotas (N=49)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Diretriz clínica para diabetes	3 (50,0)	5 (83,3)	4 (57,1)	5 (71,4)	8 (80,0)	12 (92,3)	37 (75,5)
Diretriz clínica por idade	1 (16,6)	4 (66,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	4 (40,0)	6 (46,2)	20 (40,8)
Lembretes para a equipe	2 (33,3)	1 (16,6)	3 (42,9)	1 (14,3)	4 (40,0)	7 (53,8)	18 (36,7)
Alertas exames laboratoriais alterados (EQUIPE)	2 (33,3)	1 (16,6)	2 (28,6)	0 (0)	5 (50,0)	4 (30,8)	14 (28,6)
Alertas exames laboratoriais alterados (PACIENTE)	1 (16,6)	1 (16,6)	2 (28,6)	0 (0)	3 (30,0)	4 (30,8)	11 (22,4)

Legenda: O percentual (%) refere-se à frequência relativa representada pelo número de unidades que possuem o critério de estrutura disponível no estabelecimento de saúde em relação ao total de unidades do referido distrito. (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia).

Fonte: a autora

A tabela 9 apresenta os critérios avaliados no componente “autocuidado apoiado”, em que os principais problemas identificados foram: ausência de lembretes para as pessoas com diabetes, falta de materiais eletrônicos para educação em saúde e falhas na busca ativa, especialmente para neuropatia diabética.

Tabela 9 - Frequência dos critérios avaliados no componente “autocuidado apoiado” na dimensão estrutura para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 49)

Autocuidado apoiado	DSI (N=6)	DS II (N=6)	DS III (N=7)	DS IV (N=7)	DS V (N=10)	DS VI (N=13)	Pelotas (N=49)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Lembretes para pacientes	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (28,6)	2 (28,6)	4 (40,0)	6 (46,2)	18 (36,7)
Programa autocuidado	2 (33,3)	4 (66,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (30,0)	10 (76,9)*	23 (46,9)
Folder/banner sobre diabetes	3 (50,0)	4 (66,6)	5 (71,4)	4 (57,1)	6 (60,0)	11 (84,6)	33 (67,3)
Folder/banner sobre tabagismo	5 (83,3)	4 (66,6)	5 (71,4)	6 (85,7)	9 (90,0)	10 (76,9)	39 (79,6)
Folder/banner sobre álcool	4 (66,6)	1 (16,6)	4 (57,1)	4 (57,1)	4 (40,0)	9 (69,2)	26 (53,1)
Folder/banner sobre atividade física	5 (83,3)*	3 (50,0)	4 (57,1)	2 (28,6)	4 (40,0)	4 (30,8)	22 (44,9)
Folder/banner sobre alimentação saudável	4 (66,6)	1 (16,6)*	4 (57,1)	6 (85,7)	7 (70,0)	10 (76,9)	32 (65,3)
Materiais eletrônicos sobre diabetes	4 (66,6)	1 (16,6)	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (20,0)	6 (46,2)	16 (32,7)
Busca ativa diabetes	3 (50,0)	3 (50,0)	3 (42,9)	2 (28,6)	7 (70,0)	10 (76,9)	28 (57,1)
Busca ativa hipertensão	3 (50,0)	0 (0)*	1 (14,3)	2 (28,6)	6 (60,0)	6 (46,2)	29 (59,2)
Busca ativa dislipidemia	3 (50,0)	3 (50,0)	3 (42,9)	2 (28,6)	8 (80,0)	10 (76,9)	18 (36,7)
Busca ativa tabagismo	3 (50,0)	1 (16,6)	0 (0)*	1 (14,3)	7 (70,0)*	4 (30,8)	16 (32,7)
Busca ativa uso abusivo do álcool	2 (33,3)	1 (16,6)	1 (14,3)	1 (14,3)	4 (40,0)	5 (38,5)	14 (28,6)
Busca ativa neuropatia diabética	3 (50,0)*	1 (16,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	5 (10,2)

Legenda: *Resíduos ajustados padronizados com associação estatística > | 1,96 |. O percentual (%) refere-se à frequência relativa representada pelo número de unidades que possuem o critério de estrutura disponível no estabelecimento de saúde em relação ao total de unidades do referido distrito. (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia).

Fonte: a autora

7.2 Processo para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde

O processo para as ações de cuidado direcionadas às pessoas com diabetes mellitus foi observado em sete componentes que correspondem ao modelo de cuidados crônicos, a saber: organização, comunidade, autocuidado, definição do sistema de prestação de serviços, sistema de informação clínica, apoio à decisão e, ainda, um último elemento chamado de integração do modelo de atenção que corresponde à combinação de todos os componentes citados anteriormente.

A tabela 10 apresenta a descrição sociodemográfica dos profissionais participantes. Verifica-se que o total de participantes foi de 159 profissionais, dentre

estes, 79 (49,7%) eram enfermeiros e 80 (50,3%) médicos. A maioria era do sexo feminino 112 (70,4%), 58 (36,5%) possuíam vínculo com a unidade de saúde por tempo determinado e 100 (62,9%) atuavam na UBS há menos de três anos.

Tabela 10 – Descrição sociodemográfica dos profissionais das unidades de atenção primária por distrito sanitário de saúde, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 159)

Variáveis	DSI	DSII	DSIII	DSIV	DSV	DSVI	Pelotas
Categoria Profissional	N (%)						
Enfermeiro	9 (60,2)	11 (45,8)	12 (52,2)	17 (53,1)	19 (43,2)	11 (52,5)	79 (49,7)
Médico generalista	4 (26,6)	7 (29,2)	7 (30,4)	6 (18,8)	11 (25,0)	4 (19,0)	39 (24,5)
Médico cubano	1 (6,6)	2 (8,3)	1 (4,3)	1 (3,1)	1 (2,3)	2 (9,5)	8 (5,0)
Médico mais médicos	1 (6,6)	2 (8,3)	3 (13,1)	8 (25,0)	9 (20,5)	4 (19,0)	27 (17,0)
Tutor programa mais médico	-	1 (4,2)	-	-	2 (4,5)	-	3 (1,9)
Supervisor programa mais médico	-	1 (4,2)	-	-	2 (4,5)	-	3 (1,9)
Total	15 (100)	24 (100)	23 (100)	32 (100)	44 (100)	21 (100)	159 (100)
Sexo							
Feminino	11 (73,3)	14 (58,3)	15 (65,2)	23 (71,9)	35 (79,5)	14 (66,6)	112 (70,4)
Masculino	4 (26,6)	10 (41,6)	8 (34,8)	9 (28,1)	9 (20,5)	7 (33,3)	47 (29,6)
Total	15 (100)	24 (100)	23 (100)	32 (100)	44 (100)	21 (100)	159 (100)
Vínculo profissional							
Contrato por tempo determinado	7 (46,6)	8 (33,3)	6 (26,1)	2 (6,3)	3 (6,8)	-	26 (16,4)
Bolsista	2 (13,3)	4 (16,6)	4 (17,4)	9 (28,1)	7 (15,9)	6 (28,6)	32 (20,1)
Estatutário/empregado público ou concursado	6 (40,0)	12 (50,0)	13 (56,5)	21 (65,6)	34 (77,3)	15 (71,4)	101 (63,5)
Total	15 (100)	24 (100)	23 (100)	32 (100)	44 (100)	21 (100)	159 (100)
Tempo de atuação na UBS (meses)							
< 6	3 (20,0)	6 (25,0)	8 (34,8)	6 (18,8)	7 (15,9)	2 (9,5)	32 (20,1)
≥ 6 ou <12	3 (20,0)	5 (20,8)	2 (8,7)	4 (12,5)	8 (18,2)	1 (4,8)	23 (14,5)
≥ 12 ou < 36	4 (26,6)	7 (29,2)	6 (26,1)	10 (31,3)	11 (25,0)	7 (33,3)	45 (28,3)
≥ 36	5 (33,3)	6 (25,0)	7 (30,4)	12 (37,5)	18 (40,9)	11 (52,4)	59 (37,1)
Total	15 (100)	24 (100)	23 (100)	32 (100)	44 (100)	21 (100)	159 (100)

Legenda: O percentual (%) refere-se ao total de unidades do referido distrito. (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia).

Fonte: a autora

A tabela 11, mostrada a seguir, apresenta as médias de avaliação do questionário ACIC por unidade de saúde; nota-se que cinco unidades de saúde possuem capacidade muito limitada para o cuidado, enquanto três unidades possuem capacidade ótima para atenção ao diabetes mellitus.

Tabela 11 - Médias e classificação da avaliação do ACIC por unidade de saúde, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 159)

UBS	Organização da atenção à saúde	Articulação com a comunidade	Autocuidado apoiado	Suporte à decisão clínica	Sistema Prestação Serviço	Sistema de informação clínica	Integração do modelo	Total
DSI_a_T	3,2	2,8	4,8	2,5	5,8	1,5	1	3,1
DSI_b_E	4,5	7,8	7,9	5,4	6,8	6,5	5,3	6,3
DSI_c_E	5,6	3,9	7,8	6,3	8,3	4,3	6,3	6,1
DSI_d_E	5	7,3	6,7	4,2	5,6	4,7	4,9	5,5
DSI_e_E	6,2	5,8	6,1	4,9	6,2	5	4,7	5,6
DSI_f_E	7,5	5,8	8,5	5,3	8,3	5,5	5,5	6,6
DSII_a_E	5,3	5,5	7,5	5,3	7,6	4,2	5,1	5,8
DSII_b_E	6,4	4,4	5,9	5,8	7,3	6,8	5,8	6,1
DSII_c_E	5	6,5	6,1	4,1	6,5	4,5	4,7	5,3
DSII_d_T	6,1	4,6	4,6	5	6	4,3	4,7	5,0
DSII_e_E	7,3	6	6,4	4,4	8,1	5,4	5,1	6,1
DSII_f_E	5,8	5,3	4,8	5,1	6,8	4,9	4,8	5,4
DSIII_a_T	5,6	0,8	4,8	3,1	3,5	1,2	1,9	3,0
DSIII_b_T	2,5	1	1	0	1,7	2,8	2,2	1,6
DSIII_c_E	5,2	4,1	7	4,5	7,1	4,5	3,6	5,1
DSIII_d_M	5,3	4,8	6,9	5,3	7,6	5,9	5	5,8
DSIII_e_T	4,9	2,8	6	2,6	5,7	3	4,2	4,2
DSIII_f_E	4,4	3,6	4,3	3,8	5,1	3,2	2,8	3,9
DSIII_g_E	3,8	1,8	6	4	6,9	5,8	4,7	4,7
DSIV_a_E	4,2	4,3	4,5	4,4	5,3	3,8	3,6	4,3
DSIV_b_E	5,5	7,9	6,6	4	6,8	4,4	5,1	5,8
DSIV_c_E	7	6,8	6,8	5,9	8	6,4	6,6	6,8
DSIV_d_T	4,8	2,2	4,8	2,7	4,3	2,6	3,5	3,6
DSIV_e_T	5,5	1,9	3,9	5	3,7	2,3	3,8	3,7
DSIV_f_E	5,1	6	6,7	5	7	4,9	5,2	5,7
DSIV_g_M	6,9	6,6	7,6	7,1	8,9	6,4	7	7,2
DSV_a_E	6,9	9	8,8	6,9	9,8	5,8	6,6	7,7
DSV_b_M	3,7	3,4	4,4	3,3	4,3	2,9	4	3,7
DSV_c_E	4,2	2,5	4,3	4,1	6,3	3,1	2,9	3,9
DSV_d_E	6	5,3	7	4,8	7,3	4,7	4,8	5,7
DSV_e_E	6,3	6,7	7,2	5,2	7,5	5,4	6,4	6,4
DSV_f_T	4,8	2,3	5,1	3,3	5	3,1	2,1	3,7
DSV_g_E	5,7	6,8	7,2	5,2	8,2	6	5,7	6,4
DSV_h_E	5,4	3,8	6	4,6	4,8	4,4	3,5	4,6
DSV_i_M	3,7	2,7	3,9	2,3	5,3	4,3	3,2	3,6
DSV_j_E	5,7	3,4	6,5	7	7,5	4,8	5,3	5,7
DSVI_a_T	6,7	3,3	6,6	3,1	5,9	4,6	5,6	5,1
DSVI_b_E	8,8	10	9,6	6,3	9,2	9,8	8,7	8,9
DSVI_c_E	4,5	8,1	7,3	5	8,4	8,5	5,9	6,8
DSVI_d_E	8,8	7,8	9	7,3	8,7	8,5	6,8	8,1
DSVI_e_T	3,8	2,3	7	5	5,5	2,8	2,7	4,2
DSVI_f_E	5,8	6,1	4,5	4	6,4	2,9	3,8	4,8
DSVI_g_E	7,7	7	10	5	10,8	10,8	10	8,8
DSVI_h_E	3,2	5,4	4,4	2,9	8,3	4,8	3,7	4,7
DSVI_i_E	5,4	7,8	8,3	6,4	8,7	7,7	7,8	7,4
DSVI_j_E	5,7	5,9	7,4	5,5	7,4	5,4	6,9	6,3
DSVI_l_T	3,5	0,3	3,3	2	3,2	2,3	1,5	2,3
DSVI_m_E	7,5	9,3	7	7,8	8,7	8,8	9,3	8,3
DSVI_n_E	3,2	4,3	6	3,8	5	4,2	3	4,2

Legenda: (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia). As letras "a - n" representam as unidades de saúde; "T": Tradicional; "M": Mista; "E": Estratégia Saúde da Família. Médias entre ≥ 0 e $\leq 2,4$ "limitada" $\geq 2,5$ e $\leq 5,4$ "básica" $\geq 5,5$ e $\leq 8,4$ "razoável" e $\geq 8,5$ e $\leq 11,0$ "ótima".

Fonte: a autora

A tabela 12 revela as médias de avaliação do questionário ACIC por distrito sanitário. Verifica-se uma oposição entre os distritos urbano/rural, uma vez que o DSIII (centro/porto) e o DSVI (rural) apresentaram, respectivamente, a pior e a melhor pontuação considerando a média de todos os componentes do modelo. Cabe ressaltar que o DSIII possui maior número de UBS's tradicionais.

Tabela 12 - Médias e classificação da avaliação do ACIC por distrito sanitário de saúde, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 159)

Distrito	Organização da atenção à saúde	Articulação com a comunidade	Autocuidado apoiado	Suporte à decisão clínica	Desenho do sistema de prestação de serviços	Sistema de informação clínica	Integração do modelo	total
DSI	5,3	5,5	6,9	4,7	6,8	4,6	4,6	5,5
DSII	5,9	5,4	5,9	4,9	7,1	5,1	5,0	5,6
DSIII	4,5	2,7	5,1	3,3	5,4	3,8	3,5	4,0
DSIV	5,6	5,1	5,8	4,9	6,3	4,4	5,0	5,3
DSV	5,2	4,6	6,0	4,7	6,6	4,4	4,4	5,1
DSVI	5,7	5,9	7,0	4,9	7,4	6,2	5,8	6,1

Legenda: (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia). Médias entre ≥ 0 e $\leq 2,4$ "limitada" $\geq 2,5$ e $\leq 5,4$ "básica" $\geq 5,5$ e $\leq 8,4$ "razoável" e $\geq 8,5$ e $\leq 11,0$ "ótima".

Fonte: a autora

A tabela 13 apresenta a avaliação geral do município para cada componente do questionário ACIC. Destaca-se que nenhum dos componentes avaliados obteve classificação "ótima". Os componentes que tiveram classificação razoável foram: desenho do sistema de prestação de serviços e autocuidado apoiado. Todos os demais componentes foram classificados como básicos, sendo que o "suporte à decisão" obteve a pior média na percepção dos profissionais.

Tabela 13 – Classificação da atenção primária por dimensões do ACIC, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019. (n = 159)

Componentes do ACIC	Média	IC95%	Classificação
Organização da atenção à saúde	5,4	5,0 – 5,8	Básica
Articulação com a comunidade	5,0	4,3 – 5,7	Básica
Autocuidado apoiado	6,2	5,7 – 6,7	Razoável
Suporte à decisão clínica	4,6	4,3 – 5,1	Básica
Desenho do sistema de prestação de serviços	6,7	6,3 – 7,3	Razoável
Sistema de informação clínica	4,9	4,3 – 5,5	Básica
Integração do modelo	4,8	4,4 – 5,5	Básica
Capacidade da atenção primária	4,7	4,3 – 5,1	Básica

Fonte: a autora

Nas tabelas de 14 a 20 apresentam-se os critérios de avaliação de acordo com seus respectivos componentes do processo por distrito sanitário.

De acordo com a tabela 14, o critério que obteve pior média no componente “organização da atenção à saúde” foi “metas organizacionais”. Para os profissionais as metas organizacionais para a atenção ao diabetes mellitus “*existem, mas não são revistas regularmente.*” Em relação à liderança superior da organização, os profissionais avaliaram que “*ela tem interesse na mudança*” e “*encoraja esforços para melhoria na atenção ao diabetes mellitus*”, no entanto “*faltam recursos para execução do trabalho*”. Em relação à regulação e incentivos, a ausência de programas de incentivos em 22 (44,9%) das UBS´s contribuiu para a baixa pontuação neste critério, especialmente para o DSIII.

Tabela 14 - Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “organização da atenção à saúde” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159)

Organização da atenção à saúde	DSI (n = 15)	DSII (n = 24)	DSIII (n = 23)	DSIV (n = 32)	DSV (n = 32)	DSVI (n = 21)	Pelotas (n = 159)
Interesse da liderança	5,6 [4,3 - 6,9]	5,7 [4,6 - 6,7]	4,7 [3,9 - 5,5]	5,5 [4,6 - 6,5]	5,2 [4,6 - 5,8]	5,9 [4,6 - 7,1]	5,4 [5,0 - 5,7]
Metas organizacionais	5,1 [3,0 - 6,1]	5,1 [4,0 - 6,2]	4,7 [3,7 - 5,6]	5,6 [4,8 - 6,4]	4,8 [4,1 - 5,5]	5,6 [4,3 - 7,0]	5,1 [4,8 - 5,5]
Estratégias de melhoria	5,2 [3,7 - 6,7]	6,1 [5,1 - 7,1]	4,5 [3,6 - 5,4]	5,7 [4,8 - 6,5]	5,1 [4,4 - 5,8]	5,9 [4,6 - 7,2]	5,4 [5,0 - 5,8]
Regulação e incentivos	5,5 [4,1 - 6,9]	5,5 [4,3 - 6,7]	3,9 [2,8 - 5,1]	5,2 [4,1 - 6,2]	5,0 [4,1 - 5,8]	5,9 [4,7 - 7,2]	5,1 [4,7 - 5,5]
Liderança superior	5,7 [4,6 - 6,8]	6,5 [5,6 - 7,3]	5,5 [4,8 - 6,2]	6,4 [5,7 - 7,0]	5,8 [5,1 - 6,4]	6,0 [4,9 - 7,0]	6,0 [5,7 - 7,0]
Benefícios e incentivos	5,4 [4,1 - 6,7]	5,9 [5,0 - 6,9]	5,2 [4,3 - 6,1]	6,1 [5,4 - 6,8]	5,6 [5,0 - 6,3]	5,7 [4,4 - 7,1]	5,7 [5,3 - 6,0]

Legenda: Pontuação máxima = 11. Os valores estão apresentados como média e [intervalo de confiança 95%]. DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia.

Fonte: a autora

A tabela 15 destaca que no componente “comunidade” o pior entrave relaciona-se a falta de envolvimento do conselho local de saúde, especialmente na região central. A atuação do agente comunitário também teve pior avaliação na região central, entretanto, nos demais distritos os profissionais avaliaram que o agente comunitário exerce um papel significativo na atenção ao diabetes mellitus “*atuando de forma sistemática, articulando os recursos da instituição de saúde e os recursos comunitários*”. Todavia, as “parcerias com organizações comunitárias” aparecem

como eventos isolados e não estão implementadas em todas as unidades de saúde.

Em relação a essas parcerias, na zona urbana foram citados dois projetos comunitários: o primeiro deles relacionado às aulas de pilates e zumba com custo acessível para os moradores da comunidade e um grupo de caminhada organizado por estudantes de iniciação científica do curso de educação física. Do mesmo modo, na zona rural foi relatada a utilização de espaços comunitários como igrejas ou ainda residências para realização de grupos, uma vez que o acesso de algumas famílias à UBS é dificultado devido à distância.

Tabela 15 - Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “articulação com a comunidade” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas- RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159)

Articulação com a comunidade	DSI (n = 15)	DSII (n = 24)	DSIII (n = 23)	DSIV (n = 32)	DSV (n = 44)	DSVI (n = 21)	Pelotas (n = 159)
Articulação do serviço com recursos da comunidade	5,5 [3,5 - 7,4]	5,7 [4,8 - 6,5]	4,3 [3,2 - 5,4]	5,8 [4,6 - 7,0]	4,6 [3,6 - 5,5]	6,2 [4,9 - 7,5]	5,2 [4,8 - 5,7]
Parcerias com organizações comunitárias	5,6 [3,6 - 7,6]	5,5 [4,5 - 6,5]	3,3 [2,1 - 4,5]	5,5 [4,3 - 6,6]	4,1 [3,2 - 5,1]	5,5 [4,3 - 6,8]	4,8 [4,3 - 5,3]
Envolvimento do conselho local de saúde	5,2 [3,2 - 7,2]	4,3 [3,1 - 5,6]	1,0 [0,3 - 1,7]	4,9 [3,6 - 6,2]	3,3 [2,3 - 4,2]	5,7 [4,0 - 7,4]	3,9 [3,4 - 4,5]
Envolvimento do agente comunitário de saúde	8,3 [6,6 - 10,1]	6,0 [4,6 - 7,3]	4,5 [2,8 - 6,2]	6,6 [5,3 - 7,9]	6,0 [5,1 - 6,9]	7,5 [5,7 - 9,4]	6,3 [5,8 - 6,9]

Legenda: Pontuação máxima = 11. Os valores estão apresentados como média e [intervalo de confiança 95%]. DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia.

Fonte: a autora

A tabela 16 apresenta os critérios avaliados no componente “autocuidado apoiado”, este foi um dos componentes que obteve maior pontuação. Nota-se que o “suporte para o autocuidado” é disponibilizado por “*meio de atividades educacionais sobre autocuidado apoiado*”, entretanto as “*intervenções efetivas de mudança de comportamento*” não utilizam rotineiramente “*tecnologias de mudança de comportamento*”.

Tabela 16 - Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “autocuidado apoiado” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159)

Autocuidado apoiado	DSI (n = 15)	DSII (n = 24)	DSIII (n = 23)	DSIV (n = 32)	DSV (n = 44)	DSVI (n = 21)	Pelotas (n = 159)
Avaliação e documentação das ações	7,4 [6,0 - 8,8]	5,8 [4,6 - 7,0]	5,7 [4,4 - 7,1]	6,2 [5,2 - 7,1]	6,2 [5,4 - 7,0]	7,0 [5,8 - 8,2]	6,3 [5,9 - 6,7]
Suporte para autocuidado (recursos)	6,4 [5,1 - 7,7]	5,2 [4,0 - 6,4]	5,2 [3,8 - 6,5]	5,3 [4,3 - 6,3]	5,3 [4,5 - 6,0]	6,0 [4,4 - 7,5]	5,5 [5,0 - 5,9]
Acolhimento	7,2 [5,8 - 8,6]	6,0 [4,8 - 7,1]	6,1 [4,7 - 7,6]	6,3 [5,5 - 7,1]	5,8 [5,0 - 6,6]	8,1 [6,9 - 9,3]	6,4 [6,0 - 6,8]
Intervenções efetivas para mudança de comportamento	7,6 [6,2 - 9,0]	6,4 [5,2 - 7,7]	5,4 [4,1 - 6,7]	7,1 [6,2 - 8,0]	6,7 [5,9 - 7,5]	7,2 [5,9 - 8,5]	6,7 [6,3 - 7,1]

Legenda: Pontuação máxima = 11. Os valores estão apresentados como média e [intervalo de confiança 95%]. DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia. Fonte: a autora

Conforme evidenciado anteriormente, o “suporte à decisão clínica” foi o componente que obteve pior avaliação tanto no quesito “estrutura” como na dimensão “processo”. A tabela 17 apresenta os critérios do componente referido na dimensão “processo”. A análise revela que os principais entraves se relacionam à falta de *feedback* do especialista (externo à unidade de saúde) para os casos referenciados e a educação permanente dos profissionais que, quando são realizadas, utilizam “*métodos tradicionais de educação*”.

Tabela 17 - Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “suporte à decisão clínica” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159)

Suporte à decisão clínica	DSI (n = 15)	DSII (n = 24)	DSIII (n = 23)	DSIV (n = 32)	DSV (n = 44)	DSVI (n = 21)	Pelotas (n = 159)
Disponibilidade de diretrizes clínicas	7,1 [5,5 - 8,7]	6,8 [5,9 - 7,6]	5,4 [4,0 - 6,7]	6,8 [5,8 - 7,7]	7,3 [6,6 - 7,9]	6,9 [5,8 - 8,0]	6,7 [6,3 - 7,1]
Envolvimento do especialista	2,9 [1,3 - 4,4]	3,6 [2,5 - 4,8]	2,0 [1,2 - 2,8]	3,3 [2,4 - 4,3]	2,8 [2,1 - 3,5]	2,8 [1,9 - 3,6]	2,9 [2,5 - 3,3]
Educação permanente dos profissionais	3,5 [1,9 - 5,1]	4,4 [3,2 - 5,7]	2,9 [1,7 - 4,1]	4,4 [3,3 - 5,5]	3,9 [3,0 - 4,9]	3,4 [2,0 - 4,7]	3,8 [3,4 - 4,3]
Informação às pessoas sobre as diretrizes	6,4 [4,6 - 8,2]	5,2 [4,2 - 6,1]	4,9 [3,5 - 6,2]	5,7 [4,8 - 6,6]	5,1 [4,2 - 6,0]	6,4 [5,0 - 7,8]	5,5 [5,0 - 5,9]

Legenda: Pontuação máxima = 11. Os valores estão apresentados como média e [intervalo de confiança 95%]. DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia. Fonte: a autora

Por sua vez, o componente “desenho do sistema de prestação de serviços” obteve melhor avaliação tanto na dimensão estrutura quanto na dimensão processo, conforme mostrado na tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “desenho do sistema de prestação de serviço” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159)

Desenho do sistema de prestação de serviço	DSI (n = 15)	DSII (n = 24)	DSIII (n = 23)	DSIV (n = 32)	DSV (n = 44)	DSVI (n = 21)	Pelotas (n = 159)
Trabalho em equipe	6,5 [4,6 - 8,5]	6,4 [5,4 - 7,4]	5,2 [3,9 - 6,6]	6,3 [5,2 - 7,5]	6,3 [5,5 - 7,2]	7,0 [5,7 - 8,3]	6,3 [5,8 - 6,7]
Liderança local das equipes	5,6 [3,6 - 7,6]	6,5 [5,5 - 7,5]	5,3 [3,7 - 6,9]	6,7 [5,8 - 7,5]	6,1 [5,3 - 7,0]	7,1 [5,8 - 8,3]	6,3 [5,8 - 6,7]
Sistema de agendamento	8,3 [7,0 - 9,6]	8,6 [7,8 - 9,4]	6,8 [5,4 - 8,2]	7,6 [6,6 - 8,5]	8,1 [7,5 - 8,8]	7,8 [6,3 - 9,2]	7,9 [7,4 - 8,3]
Monitoramento da condição clínica	7,7 [6,5 - 8,9]	6,9 [6,0 - 7,8]	6,7 [5,37 - 7,93]	7,0 [6,1 - 7,9]	6,6 [5,8 - 7,4]	8,1 [6,80 - 9,30]	7,0 [6,6 - 7,4]
Atenção programada	7,6 [5,9 - 9,3]	7,5 [6,7 - 8,3]	6,6 [5,4 - 7,8]	7,0 [5,9 - 8,1]	7,5 [6,7 - 8,23]	9,1 [8,3 - 10,0]	7,5 [7,1 - 7,9]
Continuidade do cuidado	5,0 [3,2 - 6,8]	6,3 [5,2 - 7,3]	5,1 [3,8 - 6,3]	5,7 [4,8 - 6,5]	5,8 [5,1 - 6,5]	7,1 [5,8 - 8,3]	5,8 [5,4 - 6,2]

Legenda: Pontuação máxima = 11. Os valores estão apresentados como média e [intervalo de confiança 95%]. DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia.

Fonte: a autora

A tabela 19 traz os critérios do componente “sistema de informação clínica”. Verifica-se que a existência do prontuário eletrônico, destaca-se como aspecto positivo, entretanto os alertas disponíveis para os profissionais não “*definem os tipos de intervenções necessárias no momento do atendimento*”; por esse motivo, o critério “alerta aos profissionais” obteve a pior média do componente na avaliação dos profissionais.

Tabela 19 - Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “sistema de informação clínica” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159)

Sistema de informação clínica	DSI (n = 15)	DSII (n = 24)	DSIII (n = 23)	DSIV (n = 32)	DSV (n = 44)	DSVI (n = 21)	Pelotas (n = 159)
Prontuário eletrônico	6,1 [4,3 - 7,9]	5,3 [4,2 - 6,4]	5,6 [4,7 - 6,5]	6,2 [5,3 - 7,0]	5,3 [4,6 - 5,9]	6,5 [4,9 - 8,1]	5,7 [5,3 - 6,1]
Registro clínico	4,9 [3,2 - 6,6]	4,5 [3,6 - 5,5]	3,3 [2,3 - 4,3]	5,1 [4,0 - 6,3]	4,5 [3,7 - 5,3]	7,1 [5,8 - 8,5]	4,8 [4,4 - 5,3]
Alertas aos profissionais	3,9 [2,3 - 5,5]	4,4 [3,4 - 5,4]	3,7 [2,4 - 5,0]	3,8 [2,9 - 4,8]	3,3 [2,6 - 4,0]	5,5 [3,9 - 7,1]	4,0 [3,5 - 4,4]
Feedback para equipe	4,1 [2,4 - 5,8]	4,6 [3,6 - 5,6]	3,8 [2,6 - 5,0]	4,5 [3,5 - 5,5]	3,8 [2,8 - 4,7]	5,8 [4,2 - 7,4]	4,3 [3,89 - 4,8]
Informação sobre subgrupos	5,8 [4,0 - 7,6]	5,0 [4,0 - 6,1]	4,5 [3,1 - 5,9]	3,8 [2,6 - 5,1]	4,7 [3,7 - 5,7]	6,4 [4,8 - 8,1]	4,9 [4,4 - 5,4]
Plano de cuidados	5,8 [4,2 - 7,4]	6,0 [4,8 - 7,1]	4,2 [2,9 - 5,5]	5,1 [4,0 - 6,3]	5,3 [4,4 - 6,1]	7,3 [5,9 - 8,8]	5,5 [5,0 - 6,0]

Legenda: Pontuação máxima = 11. Os valores estão apresentados como média e [intervalo de confiança 95%]. DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia.

Fonte: a autora

Por fim, a tabela 20 apresenta a integração dos componentes do modelo de atenção. Essa dimensão considera que um sistema de saúde efetivo integra e combina todos os componentes do modelo, por exemplo, associando recursos comunitários com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias). Nesse sentido, verifica-se que o critério “programas comunitários” teve a pior pontuação, uma vez que *“fornecem feedback esporadicamente para a unidade de saúde sobre o progresso das pessoas em suas atividades”*. Em parte, esse resultado associa-se com a falta de parcerias comunitárias, conforme visto na tabela 15. Por outro lado, os profissionais de saúde consideram que as diretrizes clínicas para o tratamento do diabetes mellitus são traduzidas às pessoas usuárias de modo a incentivar o autocuidado e identificar quando elas devem procurar um profissional de saúde.

Tabela 20 - Distribuição da média de pontos dos distritos sanitários de saúde na avaliação do componente “integração do modelo” como critério de processo para o cuidado às pessoas com diabetes na atenção primária, Pelotas - RS, dezembro de 2017 a julho de 2018. Junho, 2019 (n = 159)

Integração do modelo	DSI (n = 15)	DSII (n = 24)	DSIII (n = 23)	DSIV (n = 32)	DSV (n = 44)	DSVI (n = 21)	Pelotas (n = 159)
Informação às pessoas sobre as diretrizes clínicas	5,3 [3,8 - 6,9]	5,1 [4,2 - 6,1]	4,1 [3,0 - 5,1]	5,9 [5,0 - 6,9]	4,2 [3,4 - 5,0]	6,4 [4,7 - 8,0]	5,1 [4,6 - 5,5]
Sistema de informação clínica	4,8 [3,0 - 6,6]	4,8 [3,8 - 5,8]	4,6 [3,3 - 5,8]	5,4 [4,4 - 6,4]	4,5 [3,6 - 5,3]	6,0 [4,6 - 7,3]	4,9 [4,5 - 5,4]
Programas comunitários	3,2 [1,6 - 4,8]	4,2 [3,1 - 5,4]	2,3 [1,3 - 3,2]	4,2 [3,2 - 5,2]	3,4 [2,5 - 4,2]	5,1 [3,5 - 6,7]	3,7 [3,3 - 4,2]
Programação local	4,4 [3,2 - 5,6]	5,0 [3,9 - 6,0]	3,6 [2,4 - 4,9]	5,0 [4,1 - 5,9]	4,4 [3,5 - 5,3]	6,1 [4,7 - 7,5]	4,7 [4,3 - 5,2]
Monitoramento das metas do plano de cuidado	5,1 [3,5 - 6,6]	5,2 [4,0 - 6,4]	3,9 [2,6 - 5,2]	5,5 [4,5 - 6,6]	4,7 [3,7 - 5,6]	6,4 [4,9 - 7,9]	5,1 [4,6 - 5,6]
Tradução das diretrizes clínicas para as pessoas	6,9 [5,7 - 8,2]	5,7 [4,7 - 6,8]	4,7 [3,5 - 5,9]	5,8 [4,8 - 6,8]	5,7 [4,7 - 6,6]	6,7 [5,4 - 8,0]	5,8 [5,4 - 6,3]

Legenda: Pontuação máxima = 11. Os valores estão apresentados como média e [intervalo de confiança 95%]. DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia.

Fonte: a autora

7.3 Articulação entre os componentes de estrutura e processo por unidade de saúde e as ações de cuidado por formação e tempo de experiência profissional.

A análise de concordância para as classificações “limitada”, “razoável” e “ótima” entre as dimensões “estrutura” versus “processo” correspondeu em 23 (46,9%) das unidades de saúde avaliadas.

A tabela 21 apresenta a correlação das médias dos componentes das dimensões “estrutura” (AECC) e “processo” (ACIC) referente à avaliação das 49 unidades de saúde participantes do estudo.

Tabela 21 – Correlação entre componentes do ACIC e AECC por unidade de saúde, Pelotas – RS, 2018 (n=49). Junho, 2019 (n = 49)

Variáveis	Média (DP) AECC	Mínimo e máximo	Média (DP) ACIC	Mínimo e máximo	rho (p)
Organização da atenção à saúde	42,0 (\pm 29,2)	0 - 100	5,4 (\pm 1,4)	2,5 – 8,8	0.348* (0,014)
Autocuidado apoiado	46,5 (\pm 25,9)	0 – 93	6,2 (\pm 1,7)	1,0 – 10,0	0.600** (<0,001)
Suporte a decisão clínica	40,8 (\pm 33,4)	0 - 100	4,6 (\pm 1,5)	0,0 – 7,8	0.358* (0,012)
Desenho do sistema de prestação de serviços	59,2 (\pm 16,5)	22 - 83	6,7 (\pm 1,8)	1,7 – 10,8	0.476** (0,001)
Sistema de informação clínica	48,7 (\pm 27,4)	0 - 100	4,9 (\pm 2,1)	1,2 - 10,8	0.505** (<0,001)

Teste de *Spearman* para variáveis não paramétricas e *Pearson* para variáveis paramétricas

Legenda: *correlação fraca **correlação moderada.

Fonte: a autora

Nestes resultados, a análise de correlação entre os componentes do questionário ACIC e AECC por unidade de saúde indica que existe uma relação positiva e significativa entre as variáveis, sendo considerada “moderada” para os componentes: autocuidado, desenho do sistema de prestação de serviços e sistema de informação clínica e “fraca” para os componentes: organização e suporte a decisão. Nesse sentido, a relação entre as variáveis dos questionários indica que conforme a estrutura da unidade de saúde melhora os processos de cuidado também tendem a melhorar.

A figura 11 apresenta a comparação entre as médias da pontuação dos componentes avaliados pelo questionário ACIC na percepção de todos os médicos e enfermeiros da atenção primária que participaram do estudo.

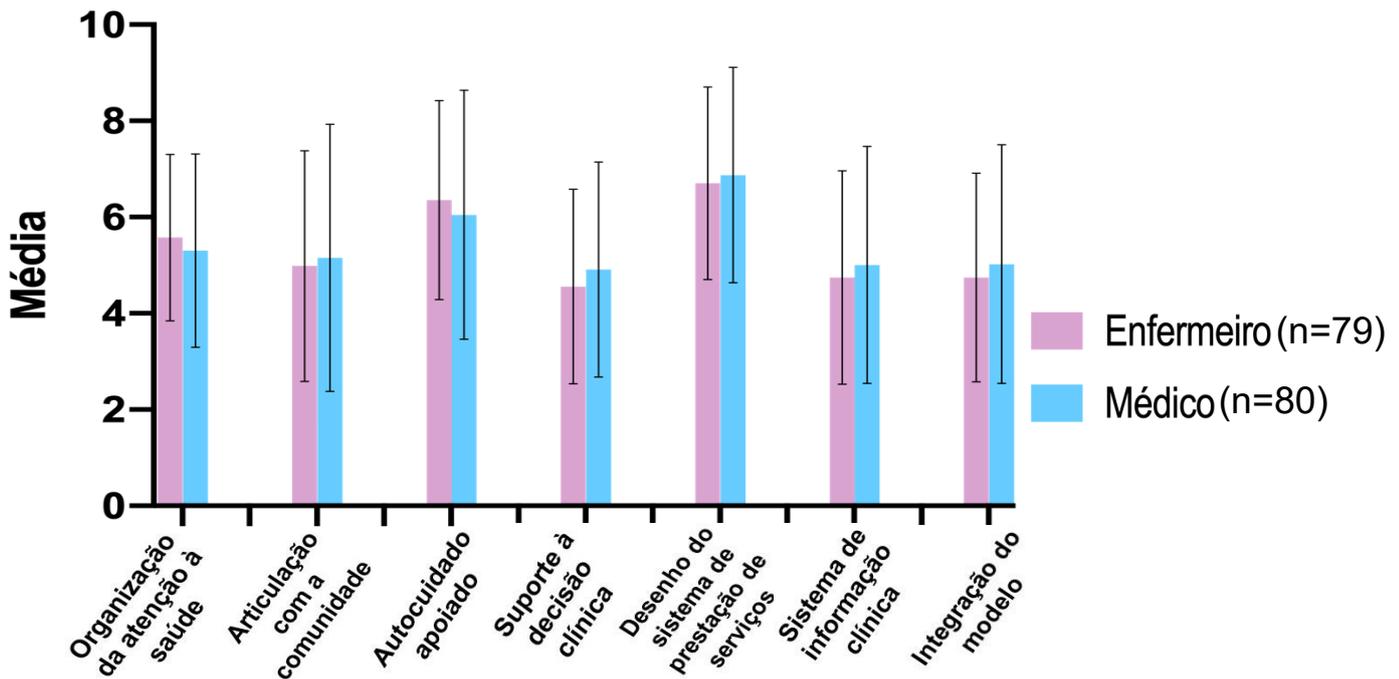


Figura 11 – Gráfico comparativo entre médias dos componentes ACIC para enfermeiros e médicos generalistas, Pelotas, Julho, 2018. Junho, 2019. (n = 159).

A observação da figura 12 mostra que os profissionais médicos tendem a avaliar os componentes do modelo com pontuações médias ligeiramente mais elevadas que os enfermeiros, exceto para os componentes “organização da atenção à saúde” e “autocuidado apoiado”, nos quais os enfermeiros obtiveram pontuações discretamente superiores. Sobretudo, a análise de correlação das médias de pontuação das respostas de médicos e enfermeiros da atenção primária demonstra que não houve diferenças significativas na percepção destes profissionais quanto ao processo de cuidado às pessoas com diabetes mellitus no município ($p > 0,05$).

A figura 12 demonstra a comparação entre as médias das respostas de enfermeiros e médicos generalistas estratificados por vinculação ao programa mais médicos para os componentes do modelo de cuidados crônicos na dimensão “processo” avaliada pelo questionário ACIC.

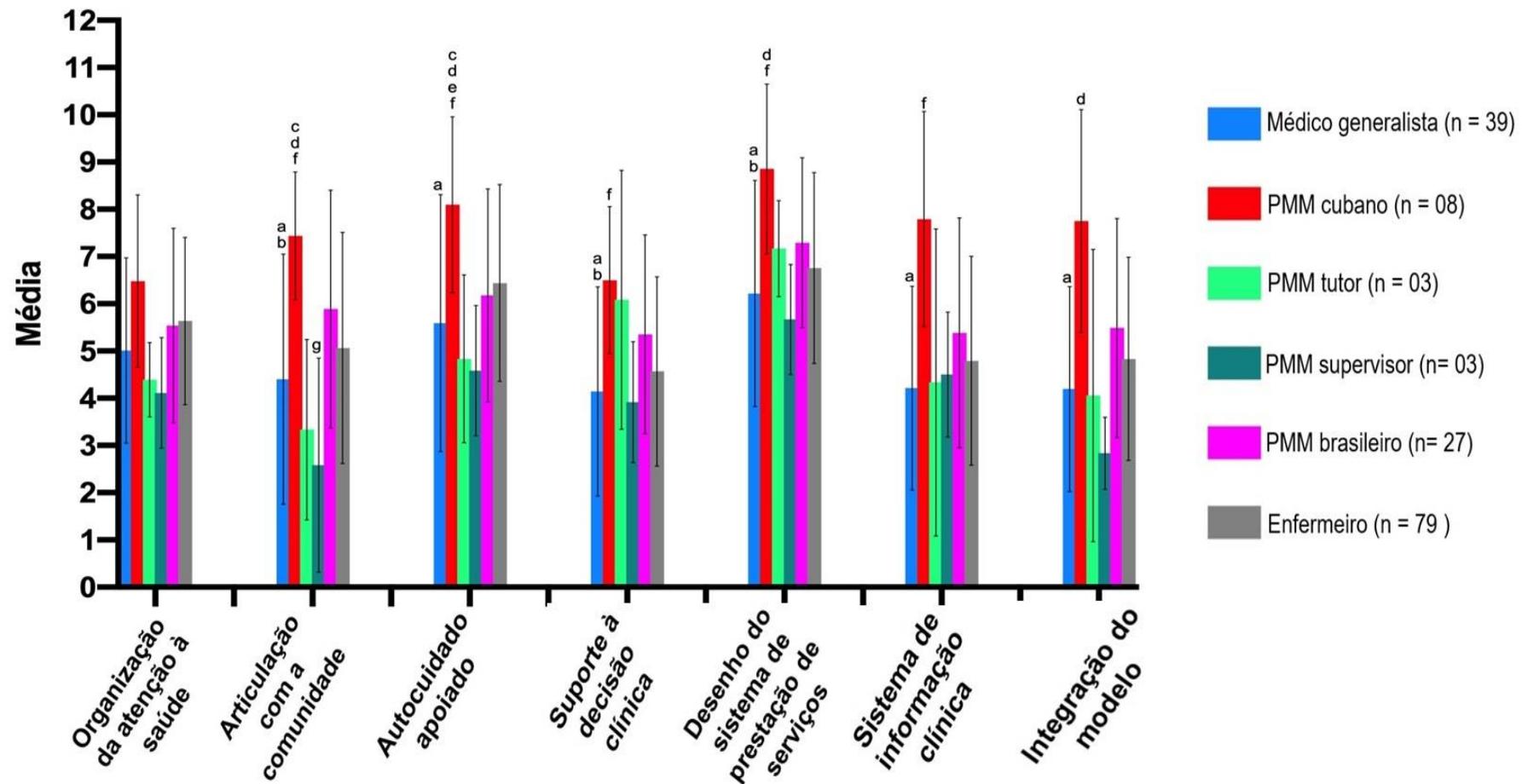


Figura 12 – Gráfico comparativo entre as médias dos componentes ACIC para enfermeiros, médico generalista, médico cubano, médicos / supervisores e tutores do programa mais médicos, Pelotas, Julho, 2018. Junho, 2019. (n = 159).

Legenda: p < 0,05 para “a” (médico generalista para médico cubano); “b” (médico generalista para mais médico); “c” (médico cubano para tutor mais médico); “d” (médico cubano para médico supervisor); “e” (médico cubano para mais médico); “f” (médico cubano para enfermeiro); “g” (supervisor mais médico para médico mais médico); PMM (Programa Mais Médicos).

A observação da figura 12 revela que enfermeiros e médicos do programa mais médicos apresentam percepções semelhantes, enquanto médicos cubanos apresentam avaliações com média superior em todos os componentes. Em relação ao componente “organização da atenção à saúde” não foram observadas diferenças significativas nas percepções dos participantes. Em todos os demais componentes do modelo, observaram-se diferenças significativas em relação à percepção dos médicos cubanos quando comparados aos outros profissionais. Em especial, para o componente “articulação com a comunidade” e “autocuidado apoiado” nos quais foram detectadas as principais diferenças.

Em relação ao componente “articulação com a comunidade”, a avaliação do médico cubano foi significativamente superior às percepções do médico generalista, enfermeiro, tutor e supervisor do programa mais médico, exceto para o médico do programa mais médico. Esse por sua vez, obteve pontuação significativamente diferente para médico generalista, tutor e supervisor do programa mais médico. Portanto, observaram-se semelhanças nas percepções entre médico cubano e médico do programa mais médico e, ainda, deste último para o profissional enfermeiro.

No componente “autocuidado apoiado”, foram observadas diferenças significativas entre médico cubano e todos os outros profissionais. Em relação ao componente “suporte à decisão clínica”, verifica-se que médicos cubanos apresentaram média superior em relação aos médicos generalistas e aos enfermeiros. De modo semelhante, os médicos do programa mais médicos apresentaram pontuação mais elevada quando comparados aos médicos generalistas.

A observação do componente “desenho do sistema de prestação de serviços” revela que médicos cubanos apresentaram pontuação mais elevada quando comparados aos médicos generalistas, supervisores do programa mais médicos e enfermeiros. Neste mesmo componente, verifica-se também que médicos do programa mais médicos apresentaram média superior aos médicos generalistas.

Em relação ao “sistema de informação clínica”, a pontuação dos médicos cubanos foi superior à pontuação dos médicos generalistas e dos enfermeiros. Finalmente, a análise do componente “integração do modelo de atenção” demonstra diferenças estatisticamente significantes entre médico cubano e os profissionais médicos generalistas e supervisor do programa mais médico.

A tabela 22 mostra a correlação das médias dos componentes do modelo de cuidados crônicos, obtidos a partir das respostas dos profissionais aos questionários ACIC e o tempo de experiência profissional.

Tabela 22 – Correlação entre componentes ACIC e tempo de atuação na unidade básica de saúde participante, tempo de atuação profissional em atenção primária à saúde e tempo de atuação profissional, Pelotas – RS, 2018. (N=159) Junho, 2019.

Variáveis		Atuação na UBS (tempo em meses)	Atuação em atenção primária (tempo em meses)	Atuação profissional (tempo em meses)
	Média (DP)	42,3 (± 43,39)	71,9 (± 51,86)	88,1 (± 47,82)
Organização da atenção à saúde	5,4 (±1,87)	-0,103 (0,199)	-0,123 (0,124)	-0,115 (0,152)
Articulação com a comunidade	5,0 (±2,58)	-0,106 (0,186)	-0,235** (0,003)	-0,266** (0,001)
Autocuidado apoiado	6,2 (±2,34)	-0,002 (0,984)	-0,008 (0,916)	-0,065 (0,417)
Suporte às decisões clínicas	4,7 (±2,13)	-0,041 (0,607)	-0,094 (0,244)	-0,180* (0,024)
Desenho do sistema de prestação de serviços	6,8 (±2,11)	0,014 (0,865)	-0,112 (0,162)	-0,220** (0,006)
Sistema de informação clínica	4,9 (±2,33)	-0,037 (0,646)	-0,086 (0,283)	-0,199* (0,012)
Integração do modelo de atenção	4,9 (±2,32)	-0,074 (0,359)	-0,124 (0,123)	-0,227** (0,004)
Total	38,0 (±13,17)	-0,06 (0,458)	-0,135 (0,091)	-0,220** (0,006)

Teste de *Spearman* para variáveis não paramétricas e *Pearson* para variáveis paramétricas
Legenda: *correlação fraca **correlação moderada

A análise de correlação entre os componentes do questionário ACIC e tempo de atuação profissional demonstra que existe uma correlação negativa e significativa, porém fraca para o componente “articulação com a comunidade” e tempo de atuação em atenção primária. Ao considerar o tempo de atuação profissional a correlação amplia-se para os componentes: articulação com a comunidade, suporte às decisões clínicas, desenho do sistema de prestação de serviços, sistema de informação clínica, integração do modelo de atenção e pontuação total do questionário ACIC. A relação entre estas variáveis indica que conforme o tempo de atuação aumenta, a pontuação para as ações de cuidado às pessoas com DM diminui.

8 Discussão

O presente estudo avaliou a estrutura e explorou a capacidade institucional para as ações de cuidado às pessoas com diabetes mellitus desenvolvidas no âmbito das unidades de atenção primária localizadas na zona urbana e rural do município de pelotas na perspectiva de enfermeiros e médicos, utilizando o modelo de cuidados crônicos como referencial teórico.

Os resultados deste estudo destacam ampla variabilidade e fragilidades específicas na avaliação da capacidade institucional para o cuidado às pessoas com diabetes mellitus. Por um lado, os resultados apontaram para a falta de recursos e integração das ações de cuidado; por outro, observou-se melhor percepção de desempenho entre profissionais vinculados aos programas de reestruturação do modelo fragmentado de atenção à saúde ainda vigente.

As diversas situações identificadas nas percepções dos profissionais necessitam ser contextualizados frente ao arcabouço teórico e também à realidade das práticas vivenciadas no SUS, considerando seus aspectos legais, as resoluções e diretrizes. Do mesmo modo, os aspectos culturais referentes à formação do profissional, a compreensão individual sobre o papel do profissional, da pessoa, da família e da comunidade na construção do conceito saúde-doença também devem ser analisados.

A autoaplicação do questionário AECC (estrutura) demonstrou que a pontuação média total de estrutura foi de 46,7% que corresponde, portanto, a uma classificação básica para estrutura no município. Todavia, observou-se uma variação na distribuição dos recursos, conforme demonstrado pelo valor mínimo e máximo do total, na análise por UBS, que variou entre 8,1% - 89,1%. O componente da dimensão estrutura que obteve pontuação média mais elevada foi “desenho do sistema de prestação de serviços” (59,2%), enquanto o “suporte à decisão clínica” obteve a pontuação média mais baixa (40,8%).

A literatura internacional aponta que a média de pontuação da estrutura dos serviços para atendimento de pessoas com DM é em torno de 55%, portanto classificada como razoável, com melhores pontuações para os componentes

“organização da atenção à saúde” (81) e “suporte à decisão clínica” (60), enquanto os componentes “autocuidado apoiado” (39) e “desenho do sistema de prestação de serviços” (39) obtiveram a pontuação mais baixa (WONG *et al.*, 2013).

Observa-se que a avaliação dos componentes da estrutura dos serviços para atenção ao DM descritos na literatura internacional foi divergentes dos resultados encontrados no presente estudo. Cabe destacar que a pesquisa de Wong *et al* (2013) foi realizada a partir de uma amostra de conveniência que incluiu 28 serviços de saúde tanto da atenção primária quanto da atenção hospitalar localizados em três regiões dos EUA, enquanto o presente estudo incluiu 49 serviços de atenção primária localizados em um único município.

Os critérios de avaliação na dimensão estrutura que apresentaram maiores deficiências nas unidades foram caracterizadas, principalmente, pela falta de informação acerca da prevalência de pessoas com diabetes sem controle nas unidades de saúde, e, vinculados a esta questão, observou-se ausência de ferramentas objetivas de classificação de risco, falta de capacitação específica para melhora do controle do DM e baixas taxas de avaliação de desempenho dos profissionais, sobretudo de enfermeiros e outros profissionais não médicos. Concomitantemente, observou-se uma disparidade na distribuição por distrito do profissional nutricionista, falta de ferramentas objetivas para o monitoramento de exames e busca ativa de condições de risco associadas à DM como tabagismo e neuropatia diabética.

Além das deficiências estruturais e de recursos humanos, também foram observadas fragilidades relacionadas ao processo. Assim, os resultados da avaliação feita pelo questionário ACIC encontraram pontuação média total de 4,7 que compreende uma capacidade básica para às ações de cuidado na análise do município. As práticas desempenhadas também apresentaram amplas variações, conforme demonstrado pelo valor mínimo e máximo, do componente integração do modelo de atenção que variou entre 1-10 na análise por UBS. Em concordância com os resultados encontrados para dimensão estrutura, os componentes da dimensão-processo que obtiveram pontuações médias mais elevada e mais baixa foram, respectivamente, desenho do sistema de prestação de serviços e suporte à decisão clínica, reforçando a correlação entre os instrumentos aplicados e o caráter prioritário para as intervenções que visem aprimorar o serviço.

A primeira aplicação do instrumento ACIC foi realizada na cidade de

Washington, nos Estados Unidos, no ano de 2002. Trata-se de um estudo de intervenção com avaliação em dois momentos. No momento inicial, as pontuações médias das equipes variaram de 4,36 (sistemas de informação) a 6,42 (organização da assistência). Todas as seis dimensões da escala ACIC obtiveram melhora na pontuação após as intervenções em um período de 13 meses. As melhorias mais marcantes foram observadas no suporte à decisão, no desenho do sistema de prestação de serviços e nos sistemas de informação clínica (BONOMI; WAGNER; VONKORFF, 2002).

Na Alemanha, a primeira aplicação do ACIC ocorreu no ano de 2012 para avaliar a organização do atendimento de pessoas com DM tipo 2 na cidade de Zurique. Os escores médios da subescala ACIC foram: organização do sistema de atenção à saúde: média (m) = 7,31 (DP = 0,79), vínculos comunitários: m = 3,78 (DP = 1,09), apoio autocuidado: m = 4,88 (DP = 1,21), suporte à decisão: m = 4,79 (DP = 1,16), desenho do sistema de prestação de serviços: m = 5,56 (DP = 1,28) e sistemas de informação clínica: m = 4,50 (DP = 2,69) (STEURER-STEY *et al.*, 2012).

A aplicação do ACIC no Chile, no ano de 2016, encontrou que pontuação global do ACIC foi de 5,9 (\pm 1,5), portanto caracterizada como suporte básico, sendo que o componente organização do sistema de prestação de serviços obteve melhor pontuação 7,2 (\pm 1,5). As pontuações mais baixas correspondem a integração dos componentes 4,7 (\pm 1,9) e suporte à decisão clínica 4,8 (\pm 2,0) (LAGOS; SALAZAR; LUENGO, 2016).

No Brasil, a experiência de implantação do MCC em Curitiba para três equipes da atenção primária à saúde foi avaliada por meio da aplicação do ACIC em dois momentos. Na fase inicial, a média da pontuação total na linha de base foi de 5,9, com melhor avaliação para a integração dos componentes (7,6) e pior avaliação para articulação com a comunidade (4,3). Ao final da intervenção, os componentes que apresentaram tendência de melhora mais importantes foram a articulação com a comunidade, o suporte à decisão clínica e o desenho da prestação de serviços (MOYSÉS, Simone; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, Samuel, 2012).

Do mesmo modo, a avaliação da implantação do MCC em cinco unidades de atenção primária à saúde no México através do ACIC constatou que a capacidade institucional para o cuidado às pessoas com DM aumentou de 5,7 no momento inicial para 8,7 no final da intervenção. As melhorias foram estatisticamente significativas,

exceto na área do sistema de informação clínica. No momento inicial, o componente de apoio à decisão clínica obteve a pontuação mais elevada (7,2), enquanto a articulação com a comunidade obteve a pontuação mais baixa (4,3). Ao final da intervenção, o autocuidado apoiado obteve a pontuação mais elevada, enquanto o componente articulação com a comunidade manteve a pontuação mais baixa (6,1), embora a nota tenha aumentado em 1,7 pontos. Destaca-se que o aumento mais significativo foi observado no componente desenho do sistema de prestação de serviços (4,1). Paralelamente, verificou-se melhora significativa dos níveis de hemoglobina glicosilada, glicemia e colesterol total no grupo controle (BARCELÓ *et al.*, 2010).

Estudo realizado com 30 profissionais que atuam em cinco equipes da atenção primária da capital do Mato Grosso do Sul encontrou médias de avaliação ligeiramente superiores ao presente estudo, sendo a capacidade do sistema de saúde avaliada como “razoável” com média de 6,8; o componente melhor avaliado foi o “desenho do sistema de prestação de serviços” (8,6); e o que obteve pior nota foi o “sistema de informação clínica” (4,1). Sobretudo, verificou-se também variabilidade nos resultados com amplitude de médias entre 3,1 – 9,0 (COSTA, 2016).

A variabilidade de resultados encontrados no presente estudo pode ser explicada por diferentes fatores: presença de modelo misto de atenção à saúde, diferentes vínculos organizacionais das unidades de saúde, existência do programa mais médicos e desconexão entre a realidade vivenciada e os aspectos reais do modelo de cuidados crônicos, conforme detalhado a seguir.

O primeiro fator refere-se à constatação de que a atenção primária à saúde em Pelotas convive, ainda, com um modelo misto de atenção à saúde: a Estratégia Saúde da Família – considerada uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência – e as equipes tradicionais. Além disso, as unidades de saúde possuem três diferentes vínculos organizacionais: Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal de Pelotas ou Universidade Católica de Pelotas.

Do mesmo modo, a existência do Programa Mais Médicos influenciou na variabilidade dos resultados. O referido programa se tornou uma política de Estado regulamentada pela Lei 12.871 de 2013 e foi estruturado em três eixos de ação: investimento na melhoria da infraestrutura, qualificação das equipes e ampliação da rede de saúde, particularmente nas UBS; ampliação e reformas educacionais dos

cursos de graduação em medicina e residência médica no país; e o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que é o de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (BRASIL, 2013c). Além das atividades assistenciais, os profissionais participantes do mais médicos dedicam oito horas semanais para especialização em Atenção Básica à Saúde através da plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA/SUS) e atividades de aperfeiçoamento técnico-científico. Para dar apoio ao desenvolvimento dessas atividades, todo profissional participante é vinculado a um médico supervisor, que o visitará periodicamente e ficará disponível nos demais momentos para tirar dúvidas e dar orientações. Cada supervisor está vinculado a um tutor é responsável pela orientação acadêmica e pelo planejamento das atividades dos supervisores. Portanto, verificou-se que a inserção de profissionais com formação diferenciada e supervisão contínua contribuiu para diferenças significativas na percepção das práticas de cuidado.

Por fim, estudos longitudinais demonstraram que é comum os profissionais acreditarem que sua equipe promove uma atenção à saúde melhor do que realmente acontece. Com o desenvolvimento do processo, começam a familiarizar-se com o que um sistema de atenção efetivo envolve. Nesse caso, a pontuação ACIC pode até diminuir em vez de melhorar; mas isso é resultado do melhor entendimento do que deve envolver um bom sistema de saúde. Com o tempo, à medida que sua compreensão sobre atenção integral aumenta e a equipe continua a implementar mudanças efetivas, observará a melhoria de sua pontuação (MOYSÉS, Simone; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, Samuel, 2012).

No presente estudo, a realidade apresentada acima foi constatada nas unidades de saúde vinculada a um programa do município conhecido como “Rede Bem Cuidar”. Este projeto foi implantado em 2014 pela Secretaria Municipal de Saúde, com apoio de empresas do setor privado com custo de cerca de R\$ 700.000,00 para realizar a reestruturação física das unidades e propor um novo padrão de atendimento na rede pública, sendo o acolhimento da comunidade uma das principais ações do programa. Atualmente são quatro UBS’s que fazem parte da Rede Bem Cuidar. Durante a autoaplicação dos questionários aos profissionais que atuam nas referidas unidades, pode-se perceber uma melhor compreensão acerca dos conceitos do modelo de cuidados crônicos e também uma avaliação mais crítica das ações desempenhadas (SMS, 2018).

O estudo de Moysés e colaboradores (2012) constatou a dificuldade em relação

à compreensão de alguns conceitos importantes para atenção às condições crônicas como diretrizes clínicas, autocuidado e plano de cuidado. Esta mesma situação foi observada no estudo que analisou a aplicabilidade do instrumento ACIC, sendo assim o autor enfatizou a necessidade de discutir o instrumento antes de aplicá-lo (COSTA, 2016).

Considerando o exposto acima, com intuito de minimizar o efeito conhecido da possível falta de compreensão dos componentes abordados nos questionários, os pesquisadores utilizaram a figura gráfica que representa o modelo lógico de atenção às condições crônicas para explicar de forma padronizada e individual, a cada um dos participantes da pesquisa, previamente a autoaplicação dos questionários, de modo a esclarecer o significado de cada componente do modelo e explicar como estes podem articular-se em um sistema de saúde com capacidade ótima.

De acordo com as incapacidades das ações de cuidado evidenciadas pelos profissionais da atenção primária, constatou-se a necessidade de investir, principalmente em: revisão das metas organizacionais, critérios de repasse dos incentivos, parcerias entre unidade de saúde e comunidade, articulação dos conselhos locais de saúde, *feedback* do especialista na contra referência, educação permanente em serviço realizada de forma esporádica e por meio da utilização de metodologias tradicionais de ensino, os profissionais também identificaram dificuldades em implementar metodologias de mudança de comportamento nas ações de educação em saúde.

Em relação às metas organizacionais, o Plano Municipal de Saúde de Pelotas (2018-2021) evidencia, objetivamente, apenas uma meta que pode ser atribuída à prevenção e controle do DM que refere-se à integração da equipe multidisciplinar para tratamento e acompanhamento da obesidade com vistas a criar um serviço próprio, vinculado ao serviço de nutrição, para atendimento desta condição de saúde.

Em paralelo, verificou-se que 80,0% dos nutricionistas vinculados à atenção primária concentram-se no distrito sanitário V, enquanto o distrito sanitário VI não conta com este tipo de atendimento. Ademais, para o atendimento integral da obesidade torna-se imprescindível a atuação do psicólogo; todavia, verificou-se ausência deste profissional nos distritos I e VI. Assim, acredita-se que a criação de um serviço especializado e regionalizado para atendimento às pessoas obesas poderia beneficiar, principalmente, os moradores dos distritos sanitários que não

possuem referência profissional para nutricionista e psicólogo.

Cabe ressaltar que as ações de prevenção da obesidade, como grupo de caminhada e estímulo à alimentação saudável, devem ser prioritárias no âmbito da atenção primária e, sempre que possível, estendidas a toda população, independentemente da existência de uma condição crônica já instalada, como hipertensão arterial ou diabetes mellitus. Nesse sentido, uma experiência interessante constatada durante o trabalho de campo foi a existência de um projeto comunitário que oferecia aulas de pilates e zumba, com custo acessível, promovido por moradores do próprio bairro e articulado com a unidade, localizada no distrito IV da zona urbana.

Em outra unidade de saúde da zona urbana, houve referência a um projeto semelhante que era organizado por estudantes de iniciação científica do curso de educação física, que conseguiu mobilizar a comunidade e obter participação significativa; no entanto, o projeto foi interrompido ao final da pesquisa dos estudantes não havendo sequenciamento por parte da equipe da unidade de saúde.

Na zona rural, situações semelhantes foram relatadas: devido à distância da unidade de saúde para as casas das pessoas é comum a realização de grupos em espaços comunitários como igrejas ou até mesmo residências. Nesse sentido, verificou-se que o DS VI atribuiu melhores notas em relação ao DS III para os critérios articulação com recursos da comunidade (6,19 vs 4,30) e parcerias com organizações comunitárias.

Ainda falando da comunidade, os resultados evidenciam a necessidade de estimular a ampliação do número de conselhos locais de saúde (CLS) no município. De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2018), em 2017 existiam 16 CLS, sendo que a meta estipulada para 2021 é a criação de mais 34 CLS. Novamente, o DSIII atribuiu pior nota a este quesito (1,00) em comparação ao DVI (5,67).

Os CLS quando implantados possibilitam a proximidade entre a comunidade e os serviços de saúde e as demais organizações do bairro. Os conselhos têm um papel importante na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e a responsabilidade de analisar e aprovar o plano de saúde, o relatório de gestão e informar a sociedade sobre a sua atuação (BRASIL, 2013d).

As dificuldades de engajamento da unidade de saúde com a comunidade não se trata de uma realidade apenas local. Os estudos de Costa (2016) e Moysés, Simone, Silveira Filho e Moysés, Samuel (2012) realizados em outros dois municípios

brasileiros evidenciaram resultados semelhantes.

Corroborando, estudo realizado por West (2014) nos EUA mostrou que existem poucas intervenções baseadas em evidências que caracterizam o engajamento da comunidade no cuidado à DM na atenção primária à saúde. A explicação encontrada para ausência desse tipo de intervenção foi a falta de ferramentas de avaliação das ações, especialmente entre populações carentes. Portanto, os autores propuseram um modelo de intervenção baseado no mapeamento das ações praticadas na comunidade, no gerenciamento dos casos e na avaliação dos resultados. No primeiro momento, os profissionais da unidade de saúde com apoio de pesquisadores e pessoas da comunidade trabalham em conjunto, no mesmo nível hierárquico, para desenvolver um plano de ação que, alinhado com a comunidade, este plano deve pressupor resultados clínicos e deve ser factível.

O gerenciamento dos casos caracteriza-se como segundo momento de implantação do modelo e realiza-se em cinco passos: (1) identificação de todas as pessoas com condição crônica elegíveis para gerenciamento de caso; (2) avaliação do grau de risco e das necessidades dos participantes elegíveis; (3) desenvolvimento de um plano de cuidados individual para cada participante; (4) implementação do plano de cuidados; e (5) monitoramento de resultados. O terceiro momento, a avaliação deve ser feita por meio da análise das atividades caracterizadas pelos processos, serviços e tecnologia de gerenciamento de casos, manejo da doença e as mudanças nas ações vivenciadas na comunidade. Outro componente da avaliação são os resultados alcançados pelo grupo de indivíduos identificados com a condição crônica de saúde (WEST, 2014).

Em concordância, um experimento recente realizado por Treadwell *et al* (2015) no Texas explorou os resultados de uma intervenção educacional para aprimorar o trabalho em equipe e demonstrou que capacitar equipes para o uso de ferramentas de colaboração interprofissional e técnicas de apoio pode ser uma estratégia efetiva no desenvolvimento de ambientes colaborativos. Transformar a cultura de cuidados hierárquicos para uma baseada no trabalho de equipe facilita a abordagem de gerenciamento de casos. À medida que os gestores de casos, na atenção primária, assumem papéis de coordenadores de cuidados, líderes de programas e facilitadores na mudança de comportamento, se faz necessário compreender as técnicas de colaboração para apoiar o restante da equipe no alcance de melhores resultados (TREADWELL, 2015).

Frente a esse panorama, torna-se evidente a relevância de manter e ampliar as parcerias entre comunidade (moradores, escolas, igrejas, faculdades) e unidade de saúde de modo a ampliar a capacidade resolutive da unidade, reduzir os retrabalhos e a sobrecarga dos profissionais e, ainda, estimular a corresponsabilização dos indivíduos na construção de novos hábitos de vida.

De forma coerente e proposital, na figura do MCC o componente “autocuidado apoiado” situa-se lado-a-lado à comunidade. De modo geral, o autocuidado é disponibilizado através de atividades educacionais (individuais ou em grupo), porém sem utilizar metodologias específicas de mudança de comportamento. Arelado a isso, a avaliação dos profissionais evidenciou que as ações de capacitação em serviços são realizadas de forma esporádica e por meio da utilização de metodologias tradicionais de ensino. Compreende-se que para haver uma mudança de paradigma que ultrapasse a lógica do modelo biologista para um modelo de atenção que articule os diferentes serviços da rede e que convoque a participação das pessoas na construção da sua saúde, torna-se necessário inovar as metodologias de ensino e de práticas em saúde (SALCI, 2017).

Um estudo realizado no Canadá, no ano de 2016, abordou médicos, usuários, gerentes e pesquisadores vinculados à atenção primária com objetivo de compreender as facilidades e as barreiras relacionadas à implementação de um plano de cuidados individualizado. As principais vantagens relacionaram-se à efetividade na motivação para mudança de comportamento e promoção da prevenção primária. Em relação às principais barreiras encontradas, observaram-se: complexidade e o custo evidenciado pela quantidade de papelada e o tempo necessário para coletar informações; o custo foi avaliado negativamente pelos médicos e positivamente (considerando o impacto da prevenção de complicações) por enfermeiros, gerentes e pesquisadores. Portanto, os resultados do estudo evidenciaram diferenças nas percepções dos profissionais em relação às vantagens e desvantagens do uso de um plano de cuidados individualizado (SOPCAK *et al.*, 2016).

Considerando que enfermeiros são os profissionais mais indicados para o planejamento do cuidado, Jeffs e colaboradores (2017) identificaram as orientações de autocuidado mais eficazes feita por estes profissionais e concluíram que os componentes de intervenção e fatores contextuais melhor classificados foram: capacitar usuários, familiares e cuidadores para o autocuidado; garantir que os usuários, familiares e os cuidadores estejam cientes da necessidade de retorno às

consultas e do plano de cuidados no domicílio; registro padronizado das orientações e estratégias de comunicação eficazes; a presença de uma liderança forte, alinhamento do plano estratégico e estruturas que favoreçam a pro atividade e a mudança de comportamento em idosos com condições complexas de saúde.

Em relação ao suporte à decisão, a participação do especialista, na maioria das vezes, limita-se ao encaminhamento do usuário através da referência, sem que haja uma contra referência por escrito e tão menos a participação do especialista nas capacitações dos profissionais da atenção primária.

Em relação às possibilidades de intervenção para o componente “suporte à decisão”, cabe ressaltar a existência de experiências exitosas no próprio município. Assim, na análise comparativa do desempenho de profissionais, verificou-se que médicos cubanos e médicos vinculados ao programa mais médicos apresentaram médias significativamente mais elevadas naquele componente. Tal achado sugere que a educação permanente em serviço, a supervisão contínua, a utilização de ferramentas de avaliação de desempenho com fornecimento de *feedback* são estratégias efetivas para melhorar a percepção dos profissionais no componente “apoio à decisão”.

Corroborando, as evidências mais recentes afirmam que a aprendizagem baseada na prática é muito útil, especialmente quando integra academia e serviços de saúde, uma vez que as experiências trazidas à reflexão estão inseridas no mundo real. Além disso, a pesquisa aplicada à prática assistencial produz evidências mais úteis para a área da saúde pública (ERWIN, 2016).

Um desafio mais complicado para melhoria deste componente refere-se ao envolvimento do especialista. É percebido que os casos referenciados ao especialista não retornam com contra referência e tão pouco existe o envolvimento do especialista na capacitação dos profissionais na atenção primária. Nesse sentido, estudos anteriores também apontaram a necessidade de implementar um dispositivo de apoio matricial, a fim de estabelecer um novo tipo de inter-relação entre o médico generalista e o médico especialista de modo que a linha de cuidado para doenças crônicas seja viabilizada numa rede articulada de serviços, em uma permanente discussão conjunta de processos de trabalho, objetivando uma fundamental e estreita colaboração entre especialista e o nível primário (PENA *et al.*, 2012).

Além da melhor percepção de desempenho dos médicos cubanos e mais

médicos no componente apoio à decisão, verificou-se que as notas atribuídas por estes mesmos profissionais sobressaíram para o componente “articulação com a comunidade”, enquanto a avaliação de desempenho por tempo experiência em atenção primária e formação profissional revela que quanto maior o tempo de atuação profissional pior a percepção do envolvimento da unidade de saúde com a comunidade. Este achado sugere que a análise crítica da realidade experienciada, na ausência de ferramentas de suporte à decisão, por exemplo, educação permanente, supervisão e avaliação de desempenho, fazem a realidade permanecer estagnada (WEST, 2014). Observaram-se correlações negativas e significativas para o componente “comunidade” na avaliação feita pelo ACIC e tempo de experiência em atenção primária. A mesma relação foi encontrada para os componentes articulação com a comunidade, suporte à decisão clínica, desenho do sistema de prestação de serviços, sistema de informação clínica, integração dos componentes do modelo e capacidade total do serviço e a variável tempo de experiência profissional.

Nessa perspectiva, é possível que os profissionais com maior tempo de prática tenham tido uma formação acadêmica mais voltada para atenção à saúde materno - infantil em detrimento do tema das condições crônicas. Nesses casos, a participação da liderança organizacional na promoção de capacitações específicas em DM e o incentivo para a realização de um trabalho de equipe colaborativo com foco no planejamento de ações estratégicas para a mudança fazem-se necessários.

Verificou-se concordância na classificação das dimensões “estrutura” e “processo” em 23 (46,9%) UBS’s, sobretudo para os componentes: autocuidado apoiado, desenho do sistema de prestação de serviços e sistema de informação clínica aos quais apresentaram correlação moderada e significativa. Por outro lado, os componentes organização da atenção à saúde e suporte à decisão clínica apresentaram fraca correlação entre os questionários AECC e ACIC.

Uma possível explicação para este resultado é de que a avaliação de tais componentes refere-se à atuação de profissionais externos à UBS, no caso, gestores e o especialista da atenção secundária, portanto sobressaiu o distanciamento de tais atores nas ações praticadas *in loco*. Ainda, outros dois motivos ficaram evidentes: a falta de envolvimento do especialista com a atenção primária e o impacto da Lei 6157 de 21 de outubro de 2014 no estabelecimento de critérios de desempenho individuais para o repasse das verbas do PMAQ. Portanto, para o profissional receber o incentivo

financeiro, a sua equipe deverá atingir uma nota boa ou ótima pelo Ministério Federal e o seu desempenho individual ser considerado satisfatório de acordo com os critérios de avaliação pré-estabelecidos pela secretaria municipal de saúde.

Corroborando, estudo realizado por Elias (2016) comparou o instrumento de avaliação externa do PMAQ Brasil em 2011 com instrumento ACIC e concluiu que o instrumento brasileiro possui baixa correspondência com o ACIC; entretanto, há vários elementos do cuidado de crônicos no PMAQ, que podem ser reorientados e qualificados, visando à construção de uma ferramenta de avaliação que aprimore a orientação das equipes de saúde para a atenção às condições crônicas.

9 Conclusões

Os resultados desse estudo, realizado com 159 profissionais entre enfermeiros e médicos que atuam em 49 unidades de atenção primária no município de Pelotas, atingiu os objetivos propostos. A utilização dos questionários AECC e ACIC mostrou-se útil para identificar as categorias do MCC que necessitam de intervenção para melhoria da capacidade de cuidado às pessoas com DM em cada unidade de saúde. A partir daí é possível traçar um diagnóstico situacional com os critérios prioritários para o plano de intervenção.

A hipótese de que a capacidade institucional seria considerada “razoável” foi refutada uma vez que, em consonância com as definições prévias de classificação dos componentes do MCC em “limitado”, “básico”, “razoável” e “ótimo”, verificou-se que as dimensões “estrutura” e “processo”, para o cuidado às pessoas com diabetes no município de Pelotas, foram consideradas “básica” na percepção dos profissionais enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária. Em parte, a avaliação concomitante de unidades tradicionais e de unidades de estratégia saúde da família contribuiu para redução da média global da pontuação em comparação a outros municípios brasileiros que avaliaram somente unidades que atuam como estratégia saúde da família.

Em relação aos componentes com melhor e pior nota atribuída, a hipótese foi confirmada em parte. Os componentes coincidiram nas dimensões “estrutura” e “processo” e correspondem, respectivamente, ao desenho do sistema de prestação de serviços e suporte à decisão clínica. A coincidência dos componentes nos dois extremos das dimensões estudadas reforça a necessidade de se investir de modo global, ou seja, tanto na parte de recursos quanto nos processos de trabalho a fim de melhorar o componente de suporte à decisão clínica. Nesse sentido, acredita-se que isso possa ser alcançado por meio do investimento em educação permanente que estimule a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências para os profissionais da atenção primária, maior participação do especialista no envio da contra-referência e utilização dos recursos disponíveis na unidade de saúde como,

por exemplo, o telessaúde.

As deficiências na dimensão estrutura consideradas mais críticas estiveram relacionadas à falta de monitoramento da condição de saúde caracterizado por ausência de registro da população com DM descompensada associado à falta de ferramentas objetivas de classificação de risco e de busca ativa para as condições clínicas associadas, em especial, à neuropatia diabética. Compreende-se que o monitoramento da condição de saúde inicia-se pelo cadastramento da população diabética e de seus fatores de risco associados, posteriormente pela definição do grau de risco e dos indicadores clínicos para o acompanhamento das ações de saúde e finalmente pela avaliação da qualidade da atenção prestada por meio dos resultados clínicos. Portanto, caso a população não esteja bem definida torna inviável prosseguir o acompanhamento e uma atenção à saúde de qualidade. Destaca-se que, se os dados forem inseridos corretamente no sistema do e-SUS este poderá disponibilizar um relatório automático que mostra a lista de pessoas com DM e alguns fatores de risco associados como hipertensão arterial e obesidade por área de abrangência. Sugere-se que um dos indicadores clínicos de acompanhamento das pessoas com diabetes inclua o rastreio da neuropatia diabética com uso do monofilamento de 10g que representa uma tecnologia de baixo custo financeiro e elevado valor preditivo na avaliação de perda de sensibilidade plantar e prevenção do pé diabético.

A hipótese de que a existência de condições estruturais adequadas não seria garantia de uma capacidade institucional razoável/ótima foi confirmada especialmente em relação a presença do prontuário clínico eletrônico e as falhas observadas nas ações de monitoramento da população devido a subutilização da tecnologia, em parte por falta de capacitação em serviço. Além disso, houve correspondência entre as classificações nas dimensões “estrutura” e “processo” em 23 (46,9%) das UBS's, sendo considerada moderada e significativa para os componentes: autocuidado apoiado, desenho do sistema de prestação de serviços e sistema de informação clínica; e fraca para os componentes: organização da atenção à saúde e suporte à decisão clínica. Considerando que o PMAQ e o matriciamento são estratégias nacionalmente recomendadas para a atenção primária sugere-se, portanto, acrescentar um item que aborde os critérios de repasse de verbas para os programas de incentivo no componente “organização da atenção à saúde” e um critério que aborde o grau de participação do especialista (grau de matriciamento) no componente “suporte à decisão clínica” no questionário AECC com intuito de aumentar a

correspondência entre os dois instrumentos de pesquisa.

A hipótese de que haveria diferenças nas percepções dos profissionais por tempo de atuação e formação foi confirmada. Nesse sentido, verificaram-se diferenças significativas nas notas atribuídas para o ACIC por profissionais vinculados ao programa Mais Médicos, sobretudo médicos cubanos, os quais atribuíram notas mais elevadas quando comparados aos outros profissionais, especialmente para os componentes: comunidade, suporte à decisão e desenho do sistema de prestação de serviços. Do mesmo modo, na avaliação feita pelo ACIC, houve correlação negativa, significativa, apesar de fraca para o componente articulação com a comunidade e a variável tempo de experiência em atenção primária. A mesma relação foi observada para os componentes: articulação com a comunidade, suporte às decisões clínicas, desenho do sistema de prestação de serviços, sistema de informação clínica, integração dos componentes do modelo, capacidade total do serviço e a variável tempo de experiência profissional. Logo, profissionais com maior tempo de experiência tendem a atribuir notas mais baixas para os componentes supracitados.

Portanto, este estudo mostrou que existem fragilidades e potencialidades específicas na capacidade da atenção primária promover o cuidado às pessoas com DM. As deficiências percebidas foram minimizadas para os profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos e maximizadas para os profissionais com mais tempo de experiência em serviço. Considerando as diferenças observadas, acredita-se que expandir o uso de técnicas como acompanhamento contínuo por meio da supervisão colaborativa, ampliar o acesso ao aprimoramento técnico-científico dos profissionais e promover uma avaliação de desempenho sistemática podem ser estratégias eficazes para melhorar a percepção dos profissionais com mais tempo de formação em relação às ações de cuidado às pessoas com diabetes.

Em conjunto, os achados do presente estudo apontam para a necessidade de otimização dos recursos disponíveis para a melhoria nos processos de trabalho. Destaca-se que muitas tecnologias para o cuidado de crônicos já estão disponíveis (prontuário eletrônico, telessaúde), porém estes ainda são subutilizados, seja por resistência à inovação ou por falta de capacitação para o uso de tecnologias. Por outro lado, outros recursos considerados de baixa densidade tecnológica e baixo custo tais como: diretrizes clínicas baseadas em evidências, uso da entrevista motivacional como tecnologia de cuidado para mudança de comportamento e o monofilamento de

10g poderiam ser incorporados à prática dos profissionais como possibilidade de melhorar a interação entre o profissional de saúde e a pessoa com DM e aumentar a capacidade institucional para o cuidado as pessoas com diabetes no município.

Ademais, depreendeu-se que a participação dos profissionais na pesquisa constituiu-se em um importante momento de reflexão e avaliação crítica das ações realizadas e das possibilidades de mudança caso haja engajamento de todos os atores envolvidos: gestores de saúde, líderes, profissionais dos diferentes níveis de atenção, usuários, família e comunidade.

A autoaplicação individual do questionário restrita a enfermeiros e médicos sem incluir o consenso de outros profissionais que atuam nas unidades de atenção primária pode ser apontado como uma limitação do presente estudo; entretanto, tais achados fornecem subsídios para a conscientização de gestores sobre o investimento em capacitação dos profissionais e em ferramentas de gestão da clínica aliado ao cuidado compartilhado entre a atenção primária, comunidade e o especialista, fatores estes que podem impactar positivamente nos resultados da atenção às pessoas com diabetes no município de Pelotas.

Referências

- ACTON, K. *et al.* Putting integrated care and education to work for American Indians. **Alaska Natives**. Manual of the Indian Health Services Diabetes Program. Department of Health and Human Services, Albuquerque, 1995.
- AIKINS, M. *et al.* Evaluation of facilitative supervision visits in primary health care service delivery in Northern Ghana. **BMC Health Serv Res**, v. 24, n. 1, p. 13-358, 2013.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes-2017 Abridged for Primary Care Providers. **Clin Diabetes**, v. 35, n. 1, p. 5-26, 2017.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes. **Diabetes care**, v. 37, n. 1, p S14-S80, 2014.
- AQUINO, Tomás de. **Suma Teológica**: Tradução Alexandre Correia, 1936. Disponível em: <https://sumateologica.files.wordpress.com/2017/04/sumateolc3b3gica.pdf>. Acesso em: 20/03/2019.
- BARCELÓ, Alberto. *et al.* Linking manager's, health provider's and patient's assessment of chronic illness care in primary and secondary level of care in Brasil. In: ICIC - 19th International Conference on Integrated Care, San Sebastian, Basque Country. **International Journal of Integrated Care**, 2019: no prelo.
- BARCELÓ, A. *et al.* The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean in 2015: Evidence for decision and policy makers. **J Glob Health**, v. 7, n. 2, p. 020410, 2017.
- BARCELÓ, A. *et al.* Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: the VIDA project. **Prim Care Diabetes**, v. 4, n. 3, p. 145-53. 2010.
- BARCELÓ, A. *et al.* The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. **Bull World Health Organ**, v. 81, n. 1, p. 19-27, 2003.
- BEAGLEHOLE, Robert, BONITA, Ruth, KJELLSTROM, Tord. **Epidemiologia básica**. 2 ed. São Paulo: Santos Livraria, 2001. 176 p.
- BOWEN, J.L. *et al.* Assessing Chronic Illness Care Education (ACIC-E): a tool for tracking educational re-design for improving chronic care education. **J Gen Intern Med.**, v.25, n. 4, p. 593-609, 2010.
- BONOMI, A. *et al.* Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. **Health Services Research**, Chicago, v. 37, n.3, p. 791-820, Jun. 2002.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 311, de 09 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2007.
- _____. Conselho Nacional de saúde. Conselho de saúde: a responsabilidade

do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013d.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Diário Oficial da União, 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013b.

_____. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria interministerial MS/MEC N. 1.369, de 8 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. 2013c. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=11253>. Acesso em 26/11/2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil, 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017.

_____. PORTARIA No - 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Ministério da Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_416_portariaPMAQ.pdf. Acesso em: 19/11/2016.

_____. PORTARIA GM/MS nº2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério da Saúde**. Brasília, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 30/03/2019.

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

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CHO, N.H. *et al.* IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. **Diabetes Res Clin Pract**, v. 138, n 1, p. 271-81, 2018.

COSTA, C.S. *et al.* Inequalities in multimorbidity among elderly: a population-based study in a city in Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 11, p. e00040718, 2018.

COSTA, K. C.; CAZOLA, L.H.O.; TAMAKI, E.M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. **Saúde debate**, v. 40, n. 108, p. 106-17, 2016.

COOKE, D. *et al.* Modeling predictors of changes in glycemic control and diabetes-specific quality of life amongst adults with type 1 diabetes 1 year after structured education in flexible, intensive insulin therapy. **J Behav Med**, v. 38, n. 5, p. 817-29, 2015.

COYLE, Y.M.; BATTLES, J.B. Usando antecedentes de cuidados médicos para desenvolver a qualidade válida de medidas de cuidados. **Jornal internacional de qualidade na área da saúde: Jornal da Sociedade Internacional para a Qualidade em Cuidados de Saúde ISQua**, v. 11, n. 1, p. 5-12, 1999.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3). 2007.

DATASUS. **Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas**. 2015. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area>> Acesso em: novembro de 2016.

DE PAULA, Elaine Amaral *et al.* Perfil sociodemográfico clínico e epidemiológico de renais crônicos em tratamento hemodialítico. In: XIX ENCONTRO DE PÓS GRADUAÇÃO, 3ª. Semana Integrada UFPEL, 3., 2017, Pelotas. **Anais...** Pelotas: UFPEL, 2017. Disponível em: http://cti.ufpel.edu.br/siepe/arquivos/2017/CS_04121.pdf. Acesso em: 17/03/2019.

DE PAULA, E. A. *et al.* Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. e2801, 2016.

DE PAULA, E. A. *et al.* Cardiovascular risk assessment in hypertensive patients. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 820-7, 2013.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD): 2014-2015/**Sociedade Brasileira de Diabetes**; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

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

_____. Evaluating the quality of medical care. 1966. **Milbank Q**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

_____. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, n. 1, p. :1115-9, 1990.

_____. The definition of quality: a conceptual exploration. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. **Ann Arbor**, Michigan: Health Administration Press, v.1, n.1, p. 3-31, 1980.

ELIAS, Wagner Fulgencio. **Análise do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (pmaq-ab) de Acordo com o Modelo Teórico de Atenção às Condições Crônicas**. xxf. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

ERWIN, P.C. *et al.* A Logic Model for Evaluating the Academic Health Department. **J Public Health Manag Pract**, v. 22, n. 2, p. 182-189, 2016.

FARIÑA, R.Y. *et al.* Effectiveness and cost-effectiveness of knowledge transfer and behavior modification interventions in type 2 diabetes mellitus patients - the INDICA study: a cluster randomized controlled trial. **Implement Sci**, v. 9, n. 1, p. 10-47, 2015.

FREI, A. *et al.* The Chronic CARE for diAbetes study (CARAT): a cluster randomized controlled trial. **Cardiovasc Diabetol**, v. 1, n. 1, p. 9:23, 2010.

FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de *et al.* Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 41-48, 2013. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20/04/2019.

FRANCIS, L.J.; SMITH, B.J. Toward Best Practice in Evaluation: A Study of Australian Health Promotion Agencies. **Health Promot Pract**, v.16, n. 5, p. 715-23, 2015.

GARDNER, J.W.; SANBORN, J.S. Years of potential life lost (YPLL)- what does it measure? **Epidemiology**, v.1, n. 4, p. 322-9, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GILBERT, M.P. Triagem e tratamento pelo prestador de cuidados primários de complicações do diabetes. **Med Clin North Am**, v. 99, n. 1, p. 201-19, 2015.

GOULART, F. A. A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Washington: **OPAS**; OMS, 2011.

HAM, C. – **Evaluations and impact of disease management programmes**. Bonn, Conference of Bonn, 2007

IBGE (2018). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=2188>. Acesso em: 06/08/2018

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil. **Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**: Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). Diabetes Atlas [Internet]. 8a ed. Brussels: **International Diabetes Federation**, 2017. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org>

JEFFS, L., *et al.* Identifying Effective Nurse-Led Care Transition Interventions for Older Adults With Complex Needs Using a Structured Expert Panel. **Worldviews Evid Based Nurs**, v. 14, n. 2, p.136-44, 2017.

KAISSI, A.A; PARCHMAN, M. Assessing chronic illness care for diabetes in primary care clinics. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v. 32, n. 6, p. 318-23, 2006.

KATON, W. *et al.* Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. **JAMA**, v. 273, n. 13, p. 1026-31, 1995.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) CKD- MBD Update Work Group. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). **Kidney Int**, v. 7, n. 1, p. 1-59, 2017.

LAGOS, M.E; SALAZAR, A; LUENGO, L.H. Evaluación de la atención a usuarios con enfermedad crónica cardiovascular en Centros de Salud Familiar. **Rev Chil Cardiol**, v. 35, n. 2, p. 99-108, 2016.

LETEBO, M.; SHIFERAW, F. Adapting HIV patient and program monitoring tools for chronic non-communicable diseases in Ethiopia. **Global Health**, v. 12, n. 1, 2016.

LEYKUM, L.K. *et al.* Reciprocal learning and chronic care model implementation in primary care: results from a new scale of learning in primary care. **BMC Health Serv Res**, v.23, n.1, p.11-44, 2011.

LOCKYER, J *et al.* Role for assessment in maintenance of certification: physician perceptions of assessment. **J Contin Educ Health Prof**,v. 35, n. 1, p. 11-7, 2015.

MAC COLL INSTITUTE FOR HEALTH CARE INNOVATION. Chronic Illness Care. The Chronic Care Model. Disponível em: <<https://MCCollcenter.org>>. Acesso em: 10

nov. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Cuidados em saúde entre portadores de diabetes mellitus autorreferido no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 17-32, Dec. 2015.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2011-22, 2011.

MARTINO, S. *et al.* The Effectiveness and Cost of Clinical Supervision for Motivational Interviewing: A Randomized Controlled Trial. **J Subst Abuse Treat**, v. 68, n. 1, p. 11-23, 2016.

MARINHO, F.; PASSOS, V.M.A.; FRANCA, E.B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 713-724, dez. 2016.

MCCULLOCH DK, *et al.* A population-based approach to diabetes management in a primary care setting: early results and lessons learned. **Eff Clin Pract**, v.1, n. 1, p. 12-22, 1998.

MENDES, E.V. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2012. p. 71-99.

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

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MOYSÉS, Simone Tetu; SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Laboratório de inovações no cuidado das Condições Crônicas na APS: a implantação do Modelo de cuidados crônicos na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná.** Brasília: OPAS/CONASS, 2012. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/CuidadoCondicoesCronicas-EstudoCasoAlvorada-Curitiba2012.pdf>. Acesso em: 10/02/2018.

NOËL, P.H. *et al.* The importance of relational coordination and reciprocal learning for chronic illness care within primary care teams. **Health Care Manage Rev**, v. 38, n. 1, p. 20-8, 2013.

NUNES, B.P. *et al.* Multimorbidity in adults from a southern Brazilian city: occurrence and patterns. **Int J Public Health**, v. 61, n. 9, p. 1013-20, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**. Washington, DC: OPAS, 2015.

PADILLA, M.E.; SARMIENTO, M.P.; RAMÍREZ, J.A. Professional communication in long term health care quality. **Rev Calid Asist**, v. 28, n. 3, p. 135-142, 2014.

PARCHMAN, M.L. *et al.* A randomized trial of practice facilitation to improve the delivery of chronic illness care in primary care: initial and sustained effects. **Implement Sci.**, v. 1, n. n.1, p. 8:93, 2013.

PARCHMAN, M.L; *et al.* Glucose control, self-care behaviors, and the presence of the chronic care model in primary care clinics. **Diabetes Care**, v. 30, n. 11, p. 2849-54, 2007.

PARCHMAN, M; KAISSI, A.A. Are elements of the chronic care model associated with cardiovascular risk factor control in type 2 diabetes? **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v. 3, n. 3, p. 133-8, 2009.

PATEL, N.K; PARCHMAN, M.L. The Chronic Care Model and Exercise Discussions during Primary Care Diabetes Encounters. **J Am Board Fam Med**, v.24, n.1, p.26-32, 2011.

PELOTAS. Lei Municipal nº 6.157, de 21 de outubro de 2014. **Cria a gratificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (GPMAQ-AB) e a gratificação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (GPMAQ-CEO), vinculadas aos repasses financeiros efetuados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências**. Disponível em: <https://sapl.pelotas.rs.leg.br/>. Acesso em: 20/07/2018.

PENA, P. F. A. *et al.* Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3135-44, Nov. 2012.

RUTKOW, L. *et al.* Most primary care physicians are aware of prescription drug monitoring programs, but many find the data difficult to access. **Health Aff (Millwood)**, v. 34, n. 3, p. 484-92, 2015.

SALCI, M.A.; MEIRELLES, B.H.S.; SILVA, D.M.G.V. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. e2882, 2017.

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (SES). Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências. **Resolução nº 2606**, de 7 de dezembro de 2010. Acesso em: 10/01/2018. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolucao%202606_10.pdf

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). **Diretrizes de saúde da atenção básica de Pelotas. Prefeitura Municipal de Pelotas, 2016.** Disponível em: <http://www.pelotas.com.br/dev/arquivo/DIRETRIZES-DA-ATENCAO-BASICA-11-ABRIL-2016.pdf>. Acesso em: 19/11/2016.

_____. Plano municipal de saúde de Pelotas 2018- 2021/ **Secretaria da Saúde.** Pelotas, 2017. Disponível em: http://server.pelotas.com.br/politica_social/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf Acesso em: 11/01/2018.

_____. **LEI Nº 6.157, DE 21 DE OUTUBRO DE 2014.** Cria a gratificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – (GPMAQ-AB). Câmara Municipal, 2014. Disponível em: http://www.pelotas.rs.gov.br/interesse_legislacao/leis/2014/LEI6157.pdf. Acesso em: 20/11/2016.

SESSO, C.R. *et al.* Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. **J Bras Nefrol**, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, p. 1949-61, June 2011.

SCHOLLE, S.H. *et al.* Measuring practice systems for chronic illness care: accuracy of self-reports from clinical personnel. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v. 34, n. 7, p. 407-16, 2008.

SOLBERG, L.I; *et al.* Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. **Ann Fam Med**, v. 4, n. 4, p. 310-6, 2006.

SOPCAK, N. *et al.* Implementation of the BETTER 2 program: a qualitative study exploring barriers and facilitators of a novel way to improve chronic disease prevention and screening in primary care. **Implement Sci**, v. 11, n. 1, p. 158, 2016.

STEVENS, D.P. *et al.* Wagner EH. A multi-institutional quality improvement initiative to transform education for chronic illness care in resident continuity practices. **J Gen Intern Med**, v. 25, n. 4, p. 574-580, 2010.

STEURER-STEY, C. *et al.* The German version of the Assessment of Chronic Illness Care: instrument translation and cultural adaptation. **J Eval Clin Pract**, v. 18, n. 1, p. 1-4, 2012.

SUNAERT, P. *et al.* Effectiveness of the introduction of a Chronic Care Model-based program for type 2 diabetes in Belgium. **BMC Health Serv Res**, v. 1, n. 1, p. 10:207, 2010.

SUNAERT, P. *et al.* Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". **BMC Health Serv Res**, v. 1, n. 1, p. 9:152, 2009.

TREADWELL, J. *et al.* Delivering team training to medical home staff to impact perceptions of collaboration. **Prof Case Manag**, v. 20, n. 2, p. 81-88, 2015.

VON KORFF, M. *et al.* Collaborative management of chronic illness. **Ann Intern Med**, v.127, n. 12, p.1097-102, 1997.

ZACHARIAS, F.C.M. *et al.* Avaliação de Estrutura e Processo na Atenção em Diabetes mellitus. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 2, p. 134-42, 2016.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, n.1, p. 2-4, 1998.

_____. Population-based management of diabetes care. **Patient Education and Counseling**, v. 16, n. 1, p. 225-30, 1995.

WAGNER, E. H. *et al.* Improving chronic illness care: translating evidence into action. **Health Affairs**, New York, v. 20, n. 6, p. 64-78, 2001.

WAGNER, E.H.; AUSTIN, B.T.; VON KORFF, M. Improving outcomes in chronic illness. **Managed Care Quarterly**, v. 2, n. 1, p. 12-25, 1996.

_____. Organizing care for patients with chronic illness. **Milbank Quarterly**, v. 74, n. 1, p. 511-44, 1996a.

WARREN, P.J. *et al.* The Diabetes Evaluation Framework for Innovative National Evaluations (DEFINE): Construct and Content Validation Using a Modified Delphi Method. **Can J Diabetes**, v. 41, n. 3, p. 281-296, 2017.

WEST, J.F. Public health program planning logic model for community engaged type 2 diabetes management and prevention. **Eval Program Plann**, v. 42, n. 1, p. 43-49, 2014.

WONG, K. *et al.* Impact of care management processes and integration of care on blood pressure control in diabetes. **BMC Fam Pract**, v. 1, n. 1, p. 14-30, 2013.

WONG, K. *et al.* The association between hypertension-specific care management processes and blood pressure outcomes in US-based physician organizations. *Journal of the American Society of Hypertension*: **JASH**, v. 5, n 6, p. 505-12, 2011.

WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. **World Health Organization**, Geneva; 2015. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 10/02/2018.

WYTE-LAKE, T.; CLAVER, M.; DOBALIAN, A. Assessing Patients' Disaster Preparedness in Home-Based Primary Care. **Gerontology**, v. 62, n. 3, p. 263-74, 2016.

Apêndices

Apêndice A – Quadro 1 de resultados da busca dos artigos nas bases de dados da pesquisa

	Autor/Título/Ano	Local/Objetivo	Delineamento	Considerações importantes
1	WARREN. The Diabetes Evaluation Framework for Innovative National Evaluations (DEFINE): Construct and Content Validation Using a Modified Delphi Method. 2017	Canadá. Testar a validade do constructo e de conteúdo de uma ferramenta (DEFINE) desenvolvida para avaliar programas de prevenção e manejo do diabetes.	Métodos mistos	Confirmado por especialistas, a DEFINE possui os componentes teóricos adequados para avaliar de forma abrangente os programas de prevenção e manejo do diabetes e apoiar a aquisição de evidências com capacidade de gerar práticas inovadoras com intuito de minimizar os custos (sociais e individuais) relacionados ao diabetes.
2	JEFFS <i>et al.</i> Identifying Effective Nurse- Led Care Transition Interventions for Older Adults With	Canadá. Identificar intervenções eficazes de orientação para o autocuidado feita por enfermeiros.	Estudo metodológico . Painel de especialistas/ Qualitativo	Os seguintes componentes de intervenção e fatores contextuais melhor classificados foram: (a) educar e capacitar usuários, seus familiares e cuidadores para o autocuidado; (b) garantir que os usuários, familiares e os cuidadores estejam cientes da necessidade de retorno às consultas e do plano de cuidados pós alta; (c) registro padronizado das orientações e estratégias de

	Complex Needs Using a Structured Expert Panel. 2017			comunicação eficazes; (d) a presença de uma liderança forte, alinhamento do plano estratégico e estruturas que favoreçam a proatividade e a mudança de comportamento em idosos com condições complexas de saúde.
3	ELIAS. Análise do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (pmaq-ab) de Acordo com o Modelo Teórico de Atenção às Condições Crônicas. 2016	Minas Gerais. Estimar a capacidade do Instrumento de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) Brasil em 2011, para avaliação do cuidado às condições crônicas.	*Tese. Quantitativo	Os resultados do estudo permitiram observar que o instrumento brasileiro possui baixa correspondência com o ACIC, entretanto, há vários elementos do cuidado de crônicos no PMAQ-AB, que podem ser reorientados e qualificados, visando à construção de uma ferramenta de avaliação que aprimore a orientação das equipes de saúde para a atenção às condições crônicas.
4	ERWIN. A Logic Model for Evaluating the	EUA. Apresentar um modelo lógico para maximizar a atuação dos	Estudo metodológico	Os principais pressupostos do modelo teórico foram: 1. A aprendizagem baseada na prática é muito útil, especialmente quando integra academia e serviços de saúde; 2. As práticas de ensino são baseadas em

	Academic Health Department. 2016	departamentos de ensino nos serviços de atenção primária à saúde		experiências inseridas no mundo real; e, 3. A pesquisa aplicada à prática assistencial produz evidências mais úteis para a área da saúde pública. Os principais desfechos esperados: Estagiários da graduação inscrevem-se no programa de atenção primária; a capacidade do programa é reforçada pelas contribuições dos alunos; o departamento de ensino contrata novos funcionários que foram internos, voluntários ou ex-alunos; os alunos apresentam habilidades adequadas para atuar em saúde pública; os projetos de ensino, pesquisa e extensão sob coordenação do professores do departamento de ensino apoiam as ações de promoção à saúde; novas práticas são propostas com base nas evidências geradas a partir dos projetos de intervenção; utiliza-se um sistema de gerenciamento por desempenho; aumentam as oportunidades de inscrição dos profissionais da equipe de assistência em cursos de pós graduação e formação profissional.
5	SOPCAK <i>et al.</i> Implementation of the BETTER 2	Canadá/ Compreender as facilidades e as barreiras	Qualitativo	A ferramenta BETTER foi desenvolvida para prevenção e busca ativa de condições crônicas (incluindo o diabetes) com intuito de criar um <i>plano de cuidados</i> personalizado.

	<p>program: a qualitative study exploring barriers and facilitators of a novel way to improve chronic disease prevention and screening in primary care. 2016</p>	<p>relacionadas a implementação do programa BETTER 2 na perspectiva de médicos, pacientes, gerentes e pesquisadores que atuam na atenção primária à saúde</p>		<p>Este estudo aponta como vantagens da ferramenta: efetividade na motivação para mudança de comportamento e promoção da prevenção primária. As barreiras encontradas foram: Complexidade e o custo evidenciado pela quantidade de papelada e o tempo necessário para coletar informações; o custo foi avaliado negativamente pelos médicos e positivamente (considerando o impacto da prevenção de complicações) por enfermeiros, gerentes e pesquisadores. Outros aspectos abordados foram a falta de remuneração específica para as ações do programa; falta de recursos humanos; duplicação de serviço – já que os médicos afirmam realizar ações de prevenção primária nas consultas tradicionais</p>
6	<p>MARTINO <i>et al.</i> The Effectiveness and Cost of Clinical Supervision for Motivational Interviewing: A Randomized</p>	<p>EUA. Analisar a eficácia da supervisão MIA: STEP, em comparação com a supervisão normal (SAU), na melhoria da adesão e competência do clínico do</p>	<p>Estudo controlado randomizado aleatório</p>	<p>A entrevista motivacional é uma técnica centrada na pessoa e reconhecida por sua eficácia na mudança de comportamento. O presente estudo demonstra melhor desempenho da ferramenta MIA:STEP utilizada para supervisão clínica de profissionais que atuam na mudança de comportamento. No entanto, o custo para uso desta ferramenta sugere necessidade de inovação.</p>

	Controlled Trial. 2016	programa de tratamento comunitário nas sessões de ingestão de clientes, e também a retenção de programas (porcentagem de sessões programadas atendidas, percentagem retida no tratamento) e dias de abstinência de substância primária de clientes que recebem IM no estudo.		
7	LETEBO, SHIFERAW . Adapting HIV patient and program monitoring tools for chronic non-communicable	Etiópia. Adaptar as ferramentas de monitoramento e avaliação do programa de tratamento para HIV com intuito de abranger tais ferramentas para o uso em serviços de tratamento de outras condições crônicas.	Qualitativo	A falta de monitoramento das condições crônicas, políticas nacionais, programas e diretrizes para tratamento e prevenção são inexistentes em muitos países africanos. A necessidade de reorientar o sistema de saúde na Etiópia é clara, já que o sistema é projetado principalmente para a provisão de cuidados de saúde agudos e episódicos e a experiência com cuidados crônicos tem sido limitada, exceto o programa de tratamento para o HIV. Os resultados do presente estudo indicam a falta de sistemas

	diseases in Ethiopia. 2016			de informação para os serviços de atenção às condições crônicas, incluindo a ausência de ferramentas padronizadas de monitoramento de pacientes. Neste estudo foram identificadas diversas ferramentas de monitoramento do programa de tratamento de HIV que estão sendo usadas para facilitar a provisão de insumos, cadastro de pacientes, acompanhamento, monitoramento da população, organização de dados, análise e emissão de relatórios em outros programas de atenção às condições crônicas.
8	WYTE-LAKE, CLAVER, DOBALIAN. Assessing Patients' Disaster Preparedness in Home-Based Primary Care. 2016	Califórnia. Explorar questões relacionadas à preparação para desastres para pacientes com condições crônicas de saúde em cuidado domiciliar, incluindo políticas públicas e abordagem educacional do paciente.	Qualitativo	Três temas emergiram da avaliação: (1) as ferramentas de avaliação são rudimentares e, em alguns casos, desenvolvidas individualmente por profissionais; (2) a compreensão dos critérios para a atribuição de categorias de risco varia entre os profissionais que usam a ferramenta, e (3) os principais desafios para preparação de um paciente com condição crônica refere-se ao comprometimento cognitivo, recursos limitados e materiais desatualizados ou inacessíveis; (4) a interdisciplinaridade da equipe permite práticas inovadoras, com foco central no apoio ao cuidador e segurança pessoal.

9	<p>KAMAL. ReCAP: Feasibility and Effectiveness of a Pilot Program to Facilitate Quality Improvement Learning in Oncology: Experience of the American Society of Clinical Oncology Quality Training Program. 2016</p>	<p>Texas. Desenvolver e testar um programa de melhoria da qualidade na atenção a condição crônica (oncologia). 2016</p>	<p>Pesquisa avaliativa, coorte longitudinal que utilizou métodos mistos.</p>	<p>Um programa de capacitação de profissionais para melhoria da qualidade na atenção a uma condição crônica (câncer) foi avaliado quanto a viabilidade e eficácia. A viabilidade foi avaliada pela participação na gravação. A eficácia foi medida usando o modelo de Kirkpatrick, que avalia quatro desfechos: reação, aprendizado, comportamento e resultados. O programa de educação em saúde para médicos generalistas foi avaliado como viável e eficaz.</p>
10	<p>COOKE. Modeling predictors of changes in glycemic control and diabetes-specific quality of</p>	<p>Londres. Identificar fatores que predizem melhora da qualidade de vida e da HbA1c após a participação em um programa de autocuidado para pessoas</p>	<p>Pesquisa quantitativa, coorte longitudinal</p>	<p>Foram associados a melhoria da qualidade de vida os seguintes fatores psicossociais: medo reduzido de hipoglicemia, a menor "percepção da gravidade do diabetes", maior autoeficácia e bem-estar desde a linha de base até os 3 meses. Em relação a melhora da HbA1c, verificou-se como fator associado o aumento da frequência de testes de glicemia desde a linha de base</p>

	life amongst adults with type 1 diabetes 1 year after structured education in flexible, intensive insulin therapy. 2015	com diabetes mellitus tipo 1		até aos 6 meses. Assim, acredita-se que maiores benefícios podem ser alcançados se os programas de autocuidado focarem em fatores psicossociais. Cabe ressaltar que comportamentos de autocuidado não previam a HbA1c sugerindo que as ferramentas de avaliação existentes precisam ser aprimoradas. Recomenda-se a avaliação dos mecanismos de tratamento em programas de autocuidado.
11	COSTA. ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (ACIC): Avaliação do instrumento na estratégia saúde da família. 2015	Mato Grosso do Sul. Avaliar o instrumento Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) mediante as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde quanto à atenção às condições crônicas na Estratégia Saúde da Família em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.	Tese. Métodos mistos	Os resultados demonstraram que todas as dimensões do instrumento ACIC relacionaram-se com os elementos constituintes da rede de atenção à saúde. Quanto à aplicação do instrumento, as cinco equipes de ESF avaliadas, consideraram sua capacidade para atenção às condições crônicas como razoável, sendo o sistema de informação clínica a principal fragilidade e o desenho do sistema de prestação de serviços de saúde, dimensão a qual atribuiu-se a maior nota. Também se constatou a dificuldade em relação à compreensão de alguns conceitos importantes para a atenção às condições crônicas pelos profissionais. A partir dos resultados

				<p>obtidos nesse estudo é possível concluir que o instrumento ACIC pode ser uma importante ferramenta voltada para a organização da atenção às condições crônicas, por ser factível quanto a sua aplicação, e permitir conhecer os processos de trabalho em equipe e compreender sua relação com a atenção às condições crônicas, além de ser aplicável para diferentes sistemas de saúde. Sua utilização na análise de cada dimensão pode propiciar uma reflexão dos profissionais acerca de seus processos de trabalho e destacar os pontos fortes desenvolvidos pela equipe e os que precisam ser aprimorados.</p>
12	<p>FARIÑA <i>et al.</i> Effectiveness and cost-effectiveness of knowledge transfer and behavior modification interventions in type 2 diabetes</p>	<p>Espanha. Avaliar a eficácia e a relação custo-benefício das intervenções educacionais apoiadas por novas ferramentas tecnológicas de tomada de decisão para pacientes com diabetes tipo 2 e</p>	<p>Ensaio clínico randomizado</p>	<p>Estudo em andamento: Os pacientes do grupo 1 estão recebendo um programa educacional de oito sessões a cada 3 meses liderados por enfermeiros capacitados e monitorados e possuem suporte contínuo. Os profissionais de atenção primária no grupo 2 estão recebendo um programa educacional curto para atualizar seu conhecimento de diabetes, que inclui uma ferramenta de suporte à decisão inserida no prontuário clínico eletrônico e um relatório de feedback mensal sobre os</p>

	mellitus patients-- the INDICA study: a cluster randomized controlled trial. 2015	profissionais de atenção primária nas ilhas Canárias.		resultados dos pacientes. O Grupo 3 está recebendo uma combinação das intervenções para pacientes e profissionais. O desfecho primário é a alteração na HbA1c em dois anos.
13	FRANCIS. Toward Best Practice in Evaluation: A Study of Australian Health Promotion Agencies. 2015	Australia. Verificou avaliações realizadas por agências de promoção da saúde em Victoria, Austrália, e explorar os fatores que permitiram ou dificultaram o desempenho da avaliação	Qualitativo	Os resultados do presente estudo mostram que a avaliação formativa foi pouco utilizada, mas quase todos incluíram a avaliação do processo. A avaliação do impacto era uma prioridade, porém observou-se falhas na descrição dos indicadores. Os profissionais reconhecem a importância da avaliação, mas apontam barreiras significativas como restrições orçamentárias, o emprego de colegas de trabalho inexperientes e a falta de acesso às ferramentas de medição.
14	LOKYER et al. Role for assessment in maintenance of certification: physician	Canadá. Explorar a percepção do m édico quanto ao acesso às atividades de avaliação, as barreiras à participação na avaliação e a	Métodos mistos	De um total de 5.259 médicos entrevistados 28,7% consideram que a falta de acesso aos programas de auto- avaliação é um problema e 61,5% consideram importante ou muito importante o desenvolvimento de mais ferramentas de auto-avaliação. Apenas 13% dos médicos referem receber feedback de desempenho, no entanto a

	perceptions of assessment. 2015	necessidade das instituições apoiar ainda mais os seus colegas na obtenção de acesso a atividades de avaliação.		maioria (50,9%) dos entrevistados eram neutros sobre a falta de feedback.
15	RUTKOW <i>et al.</i> Most primary care physicians are aware of prescription drug monitoring programs, but many find the data difficult to access. 2015	EUA. Caracterizar as atitudes e as percepções de médicos da atenção primária acerca do programa de monitoramento de medicamentos prescritos	Quantitativo. Transversal	De um total de 420 médicos de atenção primária participantes, 72% conhecem o programa de monitoramento de medicamentos prescritos em seu estado, 53% relataram usar a ferramenta. Identificou-se várias barreiras que podem impedir uma maior disseminação do uso do programa, incluindo a demora e falta de clareza dos relatórios. Para aumentar o uso do programa na prática clínica, os estados devem considerar implementar mandatos legais, investir em educação, além de tomar medidas para aumentar a facilidade de acesso e uso do programa.
16	SALCI. Atenção primária à saúde e a prevenção das complicações	Santa Catarina. Avaliar a atenção à saúde das pessoas com diabetes mellitus desenvolvida pelos integrantes da Atenção	Tese. Qualitativo	Os resultados do estudo evidenciaram, no âmbito micro uma assistência centrada no modelo biomédico caracterizada pela falta de integralidade das ações. No âmbito meso, observou-se uma desarticulação entre os profissionais, usuários, família e comunidade. No âmbito

	crônicas às pessoas com diabetes mellitus à luz da complexidade. 2015	Primária à Saúde na perspectiva da prevenção das complicações crônicas da doença.		macro, verificou-se a falta de políticas públicas direcionadas ao diabetes. Assim, a implementação do Modelo de cuidados crônicos constitui um grande desafio, necessitando, principalmente, de profissionais e gestores preparados para trabalharem com doenças crônicas.
17	TREADWELL <i>et al.</i> Delivering team training to medical home staff to impact perceptions of collaboration. 2015	Texas. Explorar se uma intervenção educacional para desenvolver habilidades de trabalho em equipe melhora a colaboração interprofissional na atenção primária.	Exploratório, experimental de caso controle.	Esta pesquisa indica que capacitar equipes para uso de ferramentas de colaboração interprofissional e técnicas de apoio pode ser uma estratégia efetiva para auxiliar equipes no desenvolvimento de ambientes colaborativos. Transformar a cultura de cuidados hierárquicos para uma cultura baseada no trabalho de equipe facilita a abordagem de gerenciamento de casos. À medida que os gestores de casos, na atenção primária, assumem papéis de coordenadores de cuidados, líderes de programas e facilitadores na mudança de comportamento, se faz necessário compreender as técnicas de colaboração para apoiar o restante da equipe no alcance de melhores resultados.

18	<p>PADILLA, SARMIENTO, RAMÍREZ.</p> <p>Influencia de la comunicaci3n del profesional de la salud en la calidad de la atenci3n a largo plazo.</p> <p>2014</p>	<p>Col3mbia.</p> <p>Identificar aspectos da comunicaci3n profissional que afetam a qualidade dos cuidados 3s pessoas com condi33es cr3nicas e de suas fam3lias, na perspectiva dos profissionais de sa3de, com intuito de desenvolver uma ferramenta de avalia33o.</p>	Qualitativo	<p>Categoria 1: Comunica33o de conte3dos (diagn3stico/interven33o)</p> <p>O estudo evidenciou que n3o h3 treinamento suficiente em habilidades de comunica33o na universidade, embora para psic3logos exista um treinamento espec3fico em comunica33o este 3 aperfei3ado na pr3tica. As consequ4ncias de informa33o insuficiente mais citadas foram: a falta de ades3o, readmiss3es, agravamento do quadro cl3nico. Os profissionais apontaram ainda que s3o informa33es necess3rias sobre a condi33o sa3de-doen3a: as limita33es observadas, as necessidades de adapta33o do ambiente, o progn3stico da doen3a, as alternativas de tratamento e as recomenda33es de cuidado domiciliar. Indiv3duos e fam3lias precisam ser informados sobre direitos a seguridade social, quando aplicado 3 sua condi33o de sa3de. Al3m disso a linguagem deve ser adaptada ao n3vel educacional de cada paciente e fam3lia. 3 importante usar estrat3gias para verificar a compreens3o e identificar d3vidas nas pessoas atendidas, como pedir-lhes para manter um registro escrito, fornecer mais instru33es sobre aspectos</p>
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>que podem ser difíceis de entender ou perguntar diretamente o que eles entenderam.</p> <p>Categoria 2: Relação profissional (interação paciente/família/equipe)</p> <p>A comunicação não-verbal é importante, mas pode mostrar emoções e atitudes que são confusas para as pessoas. Do mesmo modo, é importante que as reações emocionais da família ao diagnóstico e à intervenção sejam respeitadas, sem tentativa de controle, se houver uma emoção exacerbada um acompanhamento é necessário. As atitudes e emoções de profissionais diante das pessoas e famílias deve ser próxima e calorosa, a fim de não inibir os questionamentos por parte da pessoa e da família. Ainda, deve ser permitido que os pacientes e membros da família participem da escolha do tratamento e da tomada de decisão. Uma vez que, as crenças e valores dos pacientes e membros da família influenciam a adesão e a tomada de decisão das pessoas. Portanto, é necessário trabalhar as discordâncias com pacientes e familiares de modo a encontrar maneiras para que eles compreendam claramente; é permitido, e até</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				solicitado, que eles perguntem sobre o assunto e, finalmente, sua decisão deve ser respeitada. Ainda, deve-se assegurar um ambiente e tempo adequados para o diálogo, franco e direto, no qual a confidencialidade é preservada.
19	WEST. Public health program planning logic model for community engaged type 2 diabetes management and prevention. 2014	EUA. Propor um modelo conceitual que oriente as intervenções aplicadas à prevenção e ao controle do diabetes mellitus tipo 2 no nível da comunidade.	Estudo metodológico /Qualitativo	De acordo com os autores existem poucas intervenções baseadas em evidências que caracterizam o engajamento da comunidade como foco de prática no manejo do diabetes tipo 2 na atenção primária à saúde. O argumento central apresentado neste artigo é que a ausência desses tipos de intervenções deve-se à falta de ferramentas para modelar e avaliar tais intervenções, especialmente entre populações carentes. O modelo apresentado engloba as seguintes intervenções praticadas na comunidade (CEPI) i. Intervenções interdisciplinares baseadas em evidências; ii. Pesquisadores, profissionais de saúde e agentes comunitários trabalhando em conjunto, com mesmo nível hierárquico no desenvolvimento de ações programadas; iii. Os resultados de cuidados clínicos e a gestão da condição crônica se alinham com a prática de saúde

				<p>pública baseada na comunidade; iv. Implementação baseada em evidências e difusão de práticas inovadoras; v. Os resultados alcançados são relevantes, sustentáveis e replicáveis.</p> <p>Outras recomendações:</p> <p>Gerenciamento de casos: o gerenciamento de casos possui cinco características essenciais: (1) identificação todas pessoas com condição crônica elegíveis para gerenciamento de caso, (2) avaliação do grau de risco e das necessidades dos participantes elegíveis, (3) desenvolvimento de um plano de cuidados individual para cada participante, (4) implementação do plano de cuidados, e (5) monitoramento de resultados.</p> <p>A avaliação do modelo deve ser feita por meio da análise das atividades caracterizadas pelos processos, serviços e tecnologia de gerenciamento de casos, manejo da doença e as mudanças nas ações vivenciadas na comunidade. Outro componente da avaliação são os resultados alcançados pelo grupo de indivíduos identificados com a condição crônica de saúde.</p>
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

20	AIKINS. Evaluation of facilitative supervision visits in primary health care service delivery in Northern Ghana. 2013	Africa. Apresentar os resultados da avaliação padronizada das visitas realizadas pelo supervisor facilitador em serviços de atenção primária em Ghana.	Transversal. Quantitativo	O papel do supervisor facilitador é permitir que a equipe gerencie o processo de melhoria da qualidade, para atender às necessidades da comunidade e implementar metas institucionais. Esta abordagem enfatiza o monitoramento, a resolução conjunta de problemas e a comunicação bidirecional entre o supervisor e aqueles supervisionados. A partir dos resultados do estudo, os autores concluíram que o supervisor facilitador é fundamental em serviços de atenção primária, especialmente as áreas rurais. Os autores recomendam ainda a avaliação periódica das visitas, por meio dos critérios propostos no estudo. Ademais, sugerem a realização de outros estudos a fim de estabelecer a relação entre as visitas do supervisor facilitar com os resultados em saúde da população.
21	FIGUEIREDO. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à	Curitiba. Analisar o grau de concordância entre o Primary Care Assessment Tool (PCATool) e a Avaliação para Melhoria da	Estudo metodológico /Quantitativo	Houve concordância para os atributos 'integralidade' e 'orientação familiar', o que não ocorreu em relação ao 'acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde'. Os resultados não permitem definir uma metodologia de avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) mediante a AMQ; recomendam-

	Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. 2013	Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), elaborada pelo Ministério da Saúde.		se estudos visando aferir associação entre melhor avaliação da APS pela AMQ e resultados em saúde.
--	----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------

Apêndice B – Quadro 2 de resultados da busca dos artigos nas bases de dados da pesquisa

	Autor/Título/Ano	Local/Objetivo	Delineamento	Considerações importantes
1	LAGOS; SALAZAR; LUENGO, 2016. Evaluación de la atención a usuarios con enfermedad crónica cardiovascular en Centros de Salud Familiar.	Chile. Determinar se os cuidados prestados pelas equipes de atenção primária à saúde às pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial estão alinhadas ao Modelo de Cuidados Crônicos e explorar sua efetividade através de indicadores clínicos do programa de saúde cardiovascular.	Quantitativo	A pontuação global do ACIC foi de 5,9 (\pm 1,5), portanto caracterizada como suporte básico, sendo que a dimensão "Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde" obteve melhor pontuação 7,2 (\pm 1,5). As pontuações mais baixas correspondem a "Integração dos Componentes do Modelo de Cuidados Crônicos" 4,7 (\pm 1,9) e "Apoio à Decisão" 4,8 (\pm 2,0).
2	PARCHMAN <i>et al.</i> , 2013. A randomized trial of practice facilitation to improve the delivery of chronic illness care in	Texas. Avaliar a eficácia da implementação de um "facilitador" para melhorar do cuidado às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária	Randomizado	A figura do facilitador das práticas em saúde trata-se de uma estratégia inovadora comumente utilizada na atenção primária (em países estrangeiros) para apoiar práticas de mudança nos processos de trabalho. No presente estudo verificou-se que houve melhora significativa nos escores da ACIC ($p < 0,05$) para unidades de saúde

	primary care: initial and sustained effects.			que receberam intervenção breve, por meio do facilitador, quando comparada as unidades que receberam intervenção tardia (12 meses após). Observou-se melhora na pontuação ACIC de 5,58 (DP 1,89) para 6,33 (DP 1,50), comparada às práticas de intervenção tardia (controle) onde houve um pequeno declínio, de 5,56 (SD 1,54) a 5,27 (SD 1,62). O aumento da pontuação ACIC sustentou-se por 12 meses após a suspensão da intervenção nos dois grupos: no grupo intervenção houve melhora de 6,33 (DP 1,50) para 6,60 (DP 1,94); no grupo controle houve melhora de 5,27 (SD 1,62) para 5,99 (SD 1,75). Portanto, os autores concluem que o facilitador promove melhoras significativas e sustentadas na atenção às pessoas com diabetes tipo 2 na atenção primária. Os efeitos da presença do facilitador em resultados clínicos não foram avaliados no estudo.
3	NOËL <i>et al.</i> , 2013. The importance of relational coordination	Texas. Avaliar a existência de associações entre prática de coordenação relacional e	Cluster randomizado	A teoria da complexidade sugere que a implementação de modelos complexos de cuidado depende de aprimoramento dos relacionamentos

	and reciprocal learning for chronic illness care within primary care teams.	aprendizagem recíproca com os elementos do modelo de cuidados crônicos através do ACIC.		interpessoais e da capacidade de aprendizagem entre as equipes de atenção primária. O estudo demonstrou que a coordenação relacional isolada ou associada à aprendizagem recíproca, possui uma associação positiva e significativa com o ACIC, sendo que 24% da associação entre a Coordenação Relacional e os resultados do ACIC foram explicados pela Aprendizagem Recíproca. Conclui-se que os esforços para implementar modelos complexos de atenção devem incorporar estratégias para fortalecer a coordenação relacional e a aprendizagem recíproca entre os membros da equipe.
4	STEURER-STEY et al., 2012. The German version of the Assessment of Chronic Illness Care: instrument translation and	Alemanhã. Adaptação e tradução transcultural do ACIC para alemão	Pesquisa metodológica	As dificuldades encontradas durante o processo de tradução consistiram na diferença de locais de atendimento à saúde e organizações de saúde na Suíça e nos EUA. A versão alemã adaptada foi entregue a uma organização de atendimento de pessoas com diabetes tipo 2 na cidade de Zurique. Os escores médios da subescala ACIC foram: organização do sistema de atenção à saúde: média

	cultural adaptation			(m) = 7,31 (DP = 0,79), vínculos comunitários: m = 3,78 (DP = 1,09), apoio autocuidado: m = 4,88 (DP = 1,21), suporte à decisão: m = 4,79 (DP = 1,16), desenho do sistema de prestação de serviços: m = 5,56 (DP = 1,28) e sistemas de informação clínica: m = 4,50 (DP = 2,69). No geral, as pontuações da subescala ACIC foram comparáveis com as pontuações dos testes originais.
5	SUNAERT <i>et al.</i> , 2010. Effectiveness of the introduction of a Chronic Care Model-based program for type 2 diabetes in Belgium	Bélgica. Avaliar o efeito da implementação do modelo de cuidados crônicos na qualidade da atenção às pessoas com diabetes mellitus em um sistema de saúde predominantemente hospitalocêntrico.	Experimental	No total, 4.174 pacientes com diabetes tipo 2 foram selecionados do banco de dados de pesquisa; 2.425 pacientes (52,9% mulheres) com média de idade de 67,5 anos da região de intervenção e 1.749 pacientes (55,7% mulheres) com média de idade de 67,4 anos da região controle. No final do período de intervenção, melhorias foram observadas em cinco dos nove indicadores de qualidade definidos na região de intervenção, três dos quais (avaliação de HbA1c, terapia de estatina, meta de colesterol) melhorou significativamente mais do que na região controle. A média de HbA1c melhorou

				<p>significativamente na região de intervenção (7,55 a 7,06%), mas esta evolução não diferiu significativamente ($p = 0,4207$) daquela na região controle (7,44 a 6,90%). A melhora no controle lipídico foi significativamente maior ($p = 0,0021$) na região de intervenção (colesterol total 199,07 a 173 mg / dl) do que na região controle (199,44 a 180,60 mg / dl). A avaliação sistemática das complicações do diabetes a longo prazo permaneceu insuficiente. Em 2006, apenas 26% dos pacientes tiveram sua urina testada para microalbuminúria e apenas 36% consultaram um oftalmologista.</p>
6	<p>FREI <i>et al.</i>, 2010. The Chronic Care for Diabetes Study (CARAT): a cluster randomized controlled trial</p>	<p>Suíça. Avaliar a eficácia do gerenciamento de casos feita por um enfermeiro na melhora de resultados clínicos e psicológicos em pessoas com diabetes atendidas na atenção primária</p>	<p>Ensaio clínico randomizado (em andamento)</p>	<p>O CARAT é um ensaio clínico controlado randomizado. A hipótese do estudo é que a implementação de vários elementos do Modelo de Cuidados Crônicos por meio de uma enfermeira capacitada melhora significativamente o nível de HbA1c de pessoas com diabetes tipo 2 após um ano (desfecho primário). Além disso, assumimos que a intervenção aumenta a proporção de</p>

				pacientes que atingem as metas recomendadas em relação à pressão arterial (<130/80), HbA1c (= <6,5%) e colesterol de lipoproteína de baixa densidade (<2,6 mmol / l), aumenta qualidade de vida dos pacientes (SF-36) e outros indicadores de qualidade baseados em evidências para o tratamento do diabetes. Essas melhorias no cuidado serão avaliados pelos pacientes através do questionário PACIC e pela equipe de saúde através do ACIC. Até o momento, os resultados da avaliação ACIC ainda não foram divulgados.
7	SUNAERT <i>et al.</i> , 2009. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the	Bélgica. Avaliar o grau de implementação do modelo de cuidados crônicos em um programa de cuidado às pessoas com diabetes mellitus tipo 2	Pesquisa ação	A pesquisa ação durou quatro anos (2003-2007). O grau de implementação do modelo de cuidados crônicos foi avaliado através do ACIC. Os esforços do programa resultaram na melhora da pontuação geral do ACIC de 1,45 (suporte limitado) em 2003 para 5,5 (suporte básico) em 2007. O estabelecimento de um grupo de facilitadores e a nomeação de um gerente de programa foram etapas cruciais no fortalecimento da atenção primária. A disposição de profissionais capacitados

	Belgian experience			<p>e motivados para investir na melhoria da qualidade do atendimento foi um dos pontos mais importantes. Como barreiras observaram-se: a complexidade da intervenção, a falta de dados de qualidade, o suporte inadequado à tecnologia da informação, a falta de procedimentos de compromisso e a incerteza sobre o financiamento sustentável. Os resultados do estudo revelam as dificuldades e as facilidades de implementação do modelo de cuidados crônicos em um sistema de atenção primária com estrutura limitada. O estudo conseguiu alcançar uma melhoria considerável na atenção às pessoas com diabetes, mas faz-se necessária a mudança para o pensamento sistêmico entre os formuladores de políticas. Ao final do estudo a dimensão com melhor pontuação foi “organização da atenção à saúde (7,0) e pior avaliação sistema de informação clínica (2,4).</p>
--	--------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8	<p>PARCHMAN, KAISSI; 2009. Are elements of the chronic care model associated with cardiovascular risk factor control in type 2 diabetes?</p>	<p>Texas. Verificar a relação entre o controle de fatores de risco cardiovascular (hemoglobina glicada, colesterol LDL e pressão arterial), o autocuidado e a presença de componentes do modelo de cuidados crônicos entre pessoas com diabetes mellitus atendidas na atenção primária</p>	<p>Quantitativo. Transversal observacional.</p>	<p>O controle dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular, a causa mais comum de morbimortalidade entre as pessoas com diabetes tipo 2, depende tanto do comportamento de autocuidado quanto das características dos serviços de saúde. No presente estudo, apenas 25 (13%) das 618 pessoas com diabetes apresentaram bom controle dos três fatores de risco para doença cardiovascular. O bom controle desses fatores de risco associou-se positivamente com os componentes “comunidade” e “desenho do sistema de prestação de serviços”, mas foi inversamente associado aos sistemas de informações clínicas. Pessoas com diabetes mellitus que estavam no estágio de manutenção da mudança para comportamentos de autocuidado apresentaram maior probabilidade de atingir o bom controle nos três fatores de risco. Nesse sentido, pode-se afirmar que fatores de risco para doenças cardiovasculares entre pessoas com diabetes estão associados à estrutura e ao</p>
---	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				desenho do microssistema clínico onde os cuidados são prestados. Portanto, além de focar no conhecimento clínico, as intervenções de tratamento devem abordar ainda a estrutura e o desenho do microssistema clínico afim de reduzir a carga de doenças cardiovasculares em pessoas com diabetes tipo 2.
9	PARCHMAN <i>et al.</i> , 2007a. Risk of Coronary Artery Disease in Type 2 Diabetes and the Delivery of Care Consistent With the Chronic Care Model in Primary Care Settings: A STARNet Study	Texas. Verificar a relação entre o risco de doença cardiovascular atribuível a fatores de risco modificáveis entre pacientes com diabetes tipo 2 e se os cuidados realizados na atenção primária são consistentes com o modelo de cuidado crônicos.	Quantitativo. Transversal. Observacional	Do total de 668, apenas 15,4% apresentaram bom controle da hemoglobina glicada, pressão arterial e lipídios. O risco absoluto de doença cardiovascular nos próximos 10 anos foi de 16,2% (DP 16,6). Depois de controlar as características dos participantes e das unidades de saúde, a pontuação ACIC foi inversamente associada ao risco atribuível: um aumento de 1 ponto na pontuação ACIC foi associado a uma redução relativa de 16% (IC95%, 5–26%) no risco cardiovascular. O nível de implementação do modelo de cuidados crônicos em unidades de atenção primária é um importante preditor do risco de 10 anos de doença cardiovascular entre pessoas com diabetes tipo 2.

10	<p>PARCHMAN <i>et al.</i>, 2007b. Glucose Control, Self-Care Behaviors, and the Presence of the Chronic Care Model in Primary Care Clinics</p>	<p>Texas. Verificar a relação entre os valores de hemoglobina glicada e a medida em que os cuidados às pessoas com diabetes tipo 2 em unidades de atenção primária estão alinhados ao modelo de cuidados crônicos, após o controle de comportamentos de autocuidado.</p>	<p>Quantitativo. Transversal observacional.</p>	<p>Estudo realizado com 618 pessoas com diabetes tipo 2 atendidas em 20 unidades de atenção primária no sul do Texas. Verificou-se uma relação significativa entre o escore ACIC e hemoglobina glicada, mas essa relação variou de acordo com o comportamento de autocuidado para a prática de exercício físico e foi mais forte para aqueles que não aderiram às recomendações de exercício: para cada aumento de 1 ponto no escore ACIC, hemoglobina glicada foi 0,144% menor ($P < 0,001$). A relação entre o escore ACIC e hemoglobina glicada para aqueles que aderiram à dieta foi semelhante aos que não aderiram, após o ajuste para o exercício, mas o nível geral de controle foi melhor para aqueles que aderiram à dieta. Conclui-se que as características da unidade de atenção primária são um importante preditor do controle da glicemia. Se os recursos para implementar o modelo de cuidados crônicos forem limitados, pode-se priorizar as unidades com pontuações baixas para o ACIC que atendam</p>
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				diabéticos sedentários, pois é mais provável que essa população se beneficie mais do melhor controle glicêmico.
11	SOLBERG <i>et al.</i> , 2006. Care Quality and Implementation of the Chronic Care Model: A Quantitative Study	Texas. Verificar se a melhora da qualidade do cuidado a pessoas com diabetes, doença coronariana ou depressão foram correlacionadas com as mudanças no Modelo de Cuidados Crônicos na atenção primária.	Quantitativo. Intervencional. Longitudinal.	Os profissionais de 17 unidades de atenção primária à saúde responderam ao questionário ACIC antes e depois da intervenção. A pontuação do ACIC aumentou em média 1,4 pontos (de 5,8 para 7,2 em uma escala de 1 a 11, $P = 0,02$); aumentos significativos ocorreram em três (apoio ao autocuidado, desenho do sistema de prestação de serviços, comunidade) dos seis componentes do modelo. Os participantes obtiveram um aumento significativo na taxa de bom controle de lipoproteína de baixa densidade (LDL) e hemoglobina glicada (de 15,7% para 25,5%, $P = 0,001$). Participantes com doença cardíaca com bom controle do LDL aumentaram de 46,8% para 57,8% e a porcentagem de pacientes com um ou mais eventos cardíacos reduziu de 17,2% para 11,4% ($P = 0,001$ para cada). Não houve aumento na prescrição de antidepressivos. O número de visitas de

				acompanhamento aumentou ($P = 0,02$). Apenas a taxa de hemoglobina glicada foi significativamente correlacionada com 2 elementos do modelo de cuidados crônicos, são eles: sistemas de informação clínica e apoio à decisão. Apesar da implementação do modelo de cuidados crônicos e os achados de melhora dos indicadores de qualidade da atenção para as três condições de saúde, observaram-se poucas correlações significativas para tais mudanças. Essa relação poderia ser mais evidente em um cenário com maiores mudanças, um número maior de unidades de saúde ou uma ferramenta de medição mais sensível.
12	KAISSI; PARCHMAN, 2006. Assessing chronic illness care for diabetes in primary care clinics.	Texas. Avaliar o grau de implementação do modelo de cuidados crônicos através do ACIC e verificar a existência de correlações para indicadores de qualidade no tratamento de	Quantitativo. Transversal observacional.	De modo geral, as pessoas vinculadas ao serviço administrativo eram mais propensas a classificar as unidades com pontuações mais altas para o questionário ACIC quando comparados aos profissionais assistenciais e ao observador externo. As avaliações do observador e dos profissionais assistenciais foram mais

		diabéticos tipo 2 na atenção primária.		consistentemente correlacionadas com a qualidade do cuidado do que as avaliações da equipe administrativa. O apoio à decisão e, em menor grau, o desenho do sistema de prestação de serviço e o autocuidado, foram mais frequentemente correlacionados com a qualidade do cuidado. As mudanças nos processos de trabalho na atenção primária para alcançar melhores resultados na atenção ao diabetes requer uma avaliação objetiva da estrutura relacionadas às medidas de processo. Uma versão da ferramenta ACIC adaptada para o controle do diabetes pode ser usada para examinar as dimensões estruturais nas clínicas de atendimento primário, mas pode ser mais válida se preenchida por profissionais assistenciais ou por um observador independente do que pela equipe administrativa.
13	BONOMI et al., 2002. Assessment of chronic illness	Washington. Descrever a primeira aplicação do ACIC, uma ferramenta prática de	Quantitativo. Longitudinal	As pontuações médias iniciais das equipes participantes do estudo variaram de 4,36 (sistemas de informação) a 6,42 (organização da assistência),

	<p>care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement.</p>	<p>avaliação da qualidade da atenção às condições crônicas que abrange seis dimensões: organização da atenção à saúde, comunidade, apoio ao autocuidado, suporte à decisão, desenho do sistema de prestação de serviços e sistemas de informação clínica.</p>		<p>indicando uma capacidade básica a razoável para atenção às doenças crônicas. Todas as seis dimensões da escala ACIC obtiveram melhora na pontuação após as intervenções em um período de 13 meses. As melhorias mais marcantes foram observadas no suporte à decisão, no desenho do sistema de prestação de serviços e nos sistemas de informação clínica. As equipes que avaliaram pessoas com diabetes e doença cardiovascular congestiva obtiveram pontuações particularmente altas para o suporte ao autocuidado ao final da intervenção. As correlações de Pearson entre os componentes do ACIC (respondida pelos profissionais das equipes) e a classificação de observadores externos variaram de 0,28 a 0,52. Conclui-se que o questionário ACIC é uma ferramenta sensível às estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados às pessoas com condições crônicas de saúde e pode ser utilizada tanto para o diagnóstico inicial quanto para acompanhamento das mudanças ao longo do tempo.</p>
--	----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Apêndice C – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

Solicitação de autorização da Diretora de Ações em Saúde para aplicação dos instrumentos de avaliação do modelo de atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Atenção Primária a Saúde do Município de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Nível Doutorado

Pesquisa: ESTUDO DO MODELO DE ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE PELOTAS/RS

Orientanda: Elaine Amaral de Paula

Orientadora: Profa Dra Eda Schwartz

Pelotas, 26 de outubro de 2017

Ilma Sra Eliedes de Freitas Ribeiro Diretora de Ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas,

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos por meio deste, solicitar permissão para aplicar os questionários AEEC (Avaliação da Estrutura para os Cuidados Crônicos), ACIC (Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas) e PACIC (Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas) os quais fazem parte da pesquisa intitulada “ESTUDO DO MODELO DE ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE PELOTAS/RS”. As informações contidas no instrumento AEEC refere-se a estrutura física e de recursos humanos da unidade para atendimento ao usuário com diabetes mellitus, o instrumento ACIC refere-se à percepção dos profissionais quanto a capacidade institucional para atendimento dos usuários com diabetes mellitus e o instrumento PACIC refere-se à percepção dos usuários em relação ao cuidado para diabetes mellitus, os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para o desenvolvimento da pesquisa, pré requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e para fins científicos.

O estudo será desenvolvido com os profissionais de nível superior que atuam nas unidades de atenção primária a saúde da zona urbana do Município de Pelotas que forem

sorteados e que aceitem responder ao instrumento. Além destes, serão entrevistados adultos com diabetes mellitus tipo II insulino-dependentes que retiram insumos na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Pelotas.

Assumimos desde já, o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos no estudo, assim como a instituição, em consonância com a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, artigos 89, 90, 91 e os artigos 94 e 98.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessário. Em caso de concordância com a proposta da carta, solicitamos sua assinatura em espaço disponibilizado ao final do documento.

Atenciosamente


Enfa Elaine Amaral de Paula


Profa Dra Eda Schwartz

Eda Schwartz
Enfermeira
CONSELHO 237163



Eliedes de Freitas Ribeiro

Diretora de Ações em Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Obs: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato: Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Pelotas – Campus Porto/Pelotas/RS

Pesquisadoras: Elaine Amaral de Paula, Celular: (53) 98104-2244 E-mail: elaineamp@hotmail.com e Eda Schwartz, Celular (53) 99982-6959, E-mail: edaschwa@gmail.com

Apêndice D – Comunicado de anuência

Comunicação da anuência da secretaria municipal de Saúde para aplicação dos instrumentos de avaliação do modelo de atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Atenção Primária a Saúde do Município de Pelotas

Faculdade de Enfermagem Programa de Pós Graduação em

Enfermagem

Nível Doutorado

Pesquisa: ESTUDO DO MODELO DE ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE PELOTAS/RS

Orientanda: Elaine Amaral de Paula Orientadora: Profa Dra Eda Schwartz

Coorientador: Bruno Pereira Nunes

Pelotas, _____ de _____ de 2017

Prezado(a) Sr (a)

Ao cumprimenta-lo(a) cordialmente, vimos por meio deste, solicitar sua concordância e comunicar a anuência da secretaria municipal de Saúde de Pelotas para para aplicar os questionários AECC para aplicar os questionários AECC (Avaliação da Estrutura para os Cuidados Crônicos), ACIC Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas) e PACIC (Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas) os quais fazem parte da pesquisa intitulada “ESTUDO DO MODELO DE ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE PELOTAS/RS”.

As informações contidas no instrumento AECC refere-se a estrutura física e de recursos humanos da unidade para atendimento ao usuário com diabetes mellitus, o instrumento ACIC refere-se à percepção dos profissionais quanto a capacidade institucional para atendimento dos usuários com diabetes mellitus e o instrumento PACIC refere-se à percepção dos usuários em relação ao cuidado para diabetes mellitus, os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para o desenvolvimento da pesquisa, pré requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e para fins científicos.

O estudo será desenvolvido com os profissionais de nível superior que atuam nas unidades de atenção primária a saúde da zona urbana do Município de Pelotas que forem sorteados e que aceitarem responder ao instrumento. Além destes, serão entrevistados adultos com diabetes mellitus tipo 2 insulino dependentes que retiram insumos na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Pelotas.

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFPEL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Universidade Federal de Pelotas Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “ESTUDO DO MODELO DE ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE

PELOTAS/RS”. Neste estudo pretendemos avaliar a qualidade do cuidado ao diabetes mellitus. O motivo que nos leva a essa pesquisa é o aumento do número de pessoas afetadas por esta doença e a necessidade de mudanças na organização do sistema de atenção à saúde para melhor atender a população com diabetes mellitus.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: Se o (a) Sr. (a) ao concordar em participar deste estudo responderá a um questionário a partir do seu próprio conhecimento. A sua participação nesta pesquisa não implica em riscos físicos para sua saúde, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou testes com seres humanos. Porém, poderá gerar um desconforto emocional ao falar sobre determinada situação, cansaço ou constrangimento pela presença da pesquisadora, nestas situações os pesquisadores e as instituições envolvidas se responsabilizam em oferecer e encaminhar para o acompanhamento no serviço público de saúde onde estiver sendo realizada a coleta dos dados. Se isso ocorrer, você tem a liberdade de interromper qualquer etapa da pesquisa.

Como benefício podemos citar a possível melhora da estruturação dos serviços de atenção à saúde da população com diabetes mellitus. Para participar deste estudo o (a) Sr.

(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O (a) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a

recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou qualquer material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da UFPEL e a outra será fornecida ao(a) Sr.(a).

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos do estudo “ESTUDO DO MODELO DE ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS NO MUNICIPIO DE PELOTAS/RS”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Pelotas, _____ de _____ de 20__

Assinatura participante

Assinatura pesquisador

Obs.: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato com: Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Pelotas – Campus Porto - ENDEREÇO: Rua Gomes Carneiro, 1 - Centro, Pelotas - RS, 96010-610. Pesquisadoras: Elaine Amaral de Paula, Celular: (53) 98104-2244, E-mail: elaineamp@hotmail.com e Eda Schwartz, Celular (53) 999826959, E-mail: eschwartz@terra.com.br

Apêndice F – Nota de campo

1. Qual nome do estabelecimento de saúde: _____
2. Qual seu nome (se preferir, pode utilizar somente as iniciais): _____
3. Marque com "x" na opção correspondente a sua formação profissional: () enfermeiro () médico
4. Data de preenchimento (data de hoje): (DD/MM/AAAA) _____
5. Hora de início do preenchimento: _____: _____
6. Hora de término do preenchimento: _____: _____
7. Marque com "x" na opção correspondente ao modelo de atenção da sua unidade: () Tradicional () Estratégia Saúde da Família () Mista
8. Se atua em uma unidade de Estratégia Saúde da Família, informe o número de identificação da sua equipe (número de referência da área de abrangência)
[Ex: "01" ou "02"]: _____

Anexos

Anexo A – Questionário ACIC

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Este questionário está desenhado para apoiar os sistemas (organizações, serviços) ao seu auto-conhecimento e para desenvolver-se no manejo de condições crônicas. Os resultados podem ser usados para identificar debilidades e áreas para melhoria. 1- Responda cada questão desde a perspectiva de um local (sistema, organização, unidade de saúde, serviço no qual você está inserido) que ofereça atenção ao diabetes mellitus. **Responda cada questão explicitando como a sua organização/equipe/serviço de saúde está atuando referente ao diabetes mellitus.**

Cada linha desse questionário apresenta aspectos fundamentais da atenção às condições crônicas. Cada aspecto é dividido em níveis e em valores que demonstram os vários estágios na melhoria da atenção às condições crônicas. Os estágios são representados pelos níveis D, C, B ou A e os valores de 0 a 11. O valor mais alto em cada quadro indica que a ação descrita foi completamente implementada e o menor que está iniciando a implementação. Para cada linha, identifique o nível e então, dentro desse nível, circule o valor que melhor descreve o estágio de atenção que existe atualmente no local e na condição escolhida. Apenas um valor pode ser preenchido por linha.

Parte 1: Organização da Atenção à Saúde: O manejo de políticas/programas de condições crônicas pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado às condições crônicas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas...	...não existe ou há pouco interesse.	...está refletido na visão, na missão e no plano estratégico, mas não há recursos comprometidos para a execução do trabalho.	...está incorporado na organização e na sua liderança superior, com recursos específicos comprometidos (financeiros e humanos).	...é parte de planos estratégicos de longo prazo, e há recursos humanos e financeiros comprometidos.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas...	...não existem ou se limitam a uma condição crônica.	...existem, mas não são revistas regularmente.	...são monitoradas e revistas.	...são monitoradas e revistas periodicamente, sendo incorporadas em planos de melhoria de qualidade.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas...	...não são organizadas ou apoiadas de forma consistente.	...utilizam soluções emergenciais para resolver pontualmente os problemas que se apresentam.	...utilizam estratégias efetivas quando surgem problemas.	...utilizam estratégias efetivas, usadas pró-ativamente na definição dos objetivos organizacionais.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Regulação e incentivos para a atenção às condições crônicas...	...não são utilizados para definir as metas de desempenho clínico.	...são usados para controlar a utilização de serviços e custos na atenção às condições crônicas.	...são usados para apoiar as metas terapêuticas de atenção às pessoas usuárias.	...são usados para motivar e empoderar os profissionais da saúde e apoiar as metas de desempenho clínico.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderança superior da organização...	...desencorajam o cadastramento dos portadores de condições crônicas.	...não dão prioridade à melhoria da atenção às condições crônicas.	...encorajam esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.	...participam visivelmente dos esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Benefícios e incentivos (econômicos e morais)...	...desencorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.	...nem encorajam nem desencorajam o autocuidado pelos pacientes e as mudanças	...encorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.	...são especificamente desenhados para promover uma melhor atenção às condições crônicas.

			sistêmicas.				
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6 7 8 9 10 11

Parte 2: Articulação com a comunidade: Articulação entre o sistema de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/manejo de condições crônicas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários...	... não é feita sistematicamente.	... é limitada a uma lista de recursos comunitários identificados em um formato acessível.	... é realizada por meio de pessoal designado para assegurar que as pessoas usuárias e os profissionais da saúde utilizem ao máximo os recursos comunitários.	... é realizada por meio de ativa coordenação entre a instituição de saúde, as organizações comunitárias e as pessoas usuárias.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Parcerias com organizações comunitárias...	... não existem.	... estão sendo consideradas, mas não foram implementadas.	... estão estruturadas para apoiar programas de atenção às condições crônicas.	... são ativas e formalmente estabelecidas para dar suporte aos programas de atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Conselho Local de Saúde...	... não existe.	... existe, mas tem uma função cartorial.	... existe e acompanha a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas.	... existe e acompanha pró-ativamente a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas, controlando os incentivos de desempenho das equipes.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Agente comunitário de saúde...	... não está incorporado à atenção às condições crônicas.	... está incorporado à atenção às condições crônicas, mas atua de forma não sistemática, sem integrar-se com os recursos da comunidade	... está incorporado à atenção às condições crônicas e atua de forma sistemática, articulando os recursos da instituição de saúde e os recursos comunitários.	... está incorporado à atenção às condições crônicas, atua sistematicamente de acordo com as diretrizes clínicas e articula os recursos da organização de saúde e os recursos comunitários.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Suporte à decisão. Muitos componentes da atenção às condições crônicas que acontecem no nível das Unidades/Serviços de Saúde têm demonstrado potencial para melhorar a qualidade da atenção prestada. Esses componentes englobam áreas como o apoio para o autocuidado, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte à decisão e os sistemas de informação clínica.

Parte 3: Autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da doença.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado...	...não são realizadas.	...espera-se que sejam realizadas.	...são realizadas de maneira padronizada.	...são realizadas de maneira padronizada e articuladas com o plano de cuidado de cada pessoa usuária.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Suporte para o autocuidado apoiado...	...é limitado a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	...é disponibilizado por meio de atividades educacionais sobre autocuidado apoiado.	...é oferecido por educadores em saúde capacitados, que são designados para orientar o autocuidado apoiado, que fazem parte de equipe multiprofissional de saúde, mas envolve apenas os portadores de condições crônicas referidos.	...é oferecido por educadores em saúde especialmente capacitados em metodologias de empoderamento e de resolução de problemas, envolvendo a maioria dos portadores de condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares...	... não é realizado de forma consistente.	...é realizado para pessoas usuárias ou famílias específicas por meio de referência.	... é estimulado e disponibilizado por meio de grupos de pares e atenção em grupo.	...é parte da atenção às condições crônicas e inclui avaliação sistemática, com envolvimento contínuo em grupos de pares e atenção em grupo.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares...	...não estão disponíveis.	...limitam-se a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	... estão disponíveis somente por meio de referência a centros especializados com pessoal capacitado.	...estão disponíveis prontamente e fazem parte integral da rotina da atenção às condições crônicas e utilizam rotineiramente tecnologias de mudança de comportamento (modelo transteórico de mudanças, entrevista motivacional, grupo operativo, processo de solução de problemas).

Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

Parte 4: Suporte à Decisão. O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consultas a especialistas, educadores em saúde, e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A								
Diretrizes clínicas baseadas em evidência...	...não estão disponíveis.	...estão disponíveis, mas não são integradas à atenção às condições crônicas.	... estão disponíveis e integradas às atividades de educação permanente dos profissionais de saúde.	...estão disponíveis, implantadas por educação permanente dos profissionais e integradas à atenção às condições crônicas por meio de alertas, feedbacks e incentivos para sua adoção pelos profissionais de saúde.								
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde...	...é feito por meio de referenciamento tradicional.	...é alcançado por meio da participação de especialistas, para aumentar a capacidade do sistema de atenção à saúde, implementando rotineiramente as diretrizes clínicas.	...inclui a participação de especialistas no processo de educação permanente das equipes de atenção primária em saúde.	...inclui a participação de especialistas que participam do processo de educação permanente dos profissionais da atenção primária à saúde, de sessões de discussão de casos clínicos e trabalho clínico conjunto.								
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas...	...é feita esporadicamente.	...é feita sistematicamente por meio de métodos tradicionais de educação.	...é feita sistematicamente utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos para uma parte dos profissionais de saúde, com base nas diretrizes clínicas.	...é feita sistematicamente e inclui toda a equipe envolvida na atenção às condições crônicas, utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos, com base nas diretrizes clínicas, e envolve métodos como gestão de base populacional e apoio ao autocuidado.								
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas...	...não é realizada.	...é realizada quando a pessoa usuária solicita ou por meio de publicações.	...é realizada para pessoas usuárias específicas, por meio de	...é realizada para a maioria das pessoas usuárias, por meio de métodos adequados de educação em saúde, específicos para								

						material educativo para cada diretriz clínica.			cada diretriz clínica e inclui a descrição do papel da pessoa usuária para obter sua adesão à diretriz clínica			
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Parte 5: Desenho do sistema de prestação de serviços. A evidência sugere que a gestão efetiva das condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A								
Trabalho em equipe...	...não existe.	...é realizado por meio da disponibilização de profissionais com treinamento apropriado em cada um dos componentes da atenção às condições crônicas.	...é assegurado por meio de reuniões regulares das equipes, com enfoque nas diretrizes clínicas, nos papéis e responsabilidades de cada membro da equipe e nos problemas da atenção às condições crônicas.	...é assegurada por meio de equipes que se reúnem regularmente, têm atribuições bem definidas, o que inclui educação para o autocuidado apoiado, o monitoramento pró-ativo das pessoas usuárias e recursos de coordenação da atenção às condições crônicas.								
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Liderança das Equipes de Saúde...	...não é reconhecida localmente nem pela instituição de saúde.	...é assumida pela instituição de saúde, mas para papéis organizacionais específicos.	...é assumida pela instituição de saúde por meio da designação de um líder, mas seu papel na atenção às condições crônicas não está definido.	...está garantida pela instituição de saúde por designação de um líder que garante a definição clara dos papéis e responsabilidades na atenção às condições crônicas.								
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sistema de agendamento...	... não está organizado.	...está organizado só para o atendimento de urgência e algumas situações individuais programadas.	...está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais e atenção em grupo.	...está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais e atenção em grupo, facilitando o contato com diferentes profissionais em uma única visita.								
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Monitoramento da condição crônica...	...não está organizado.	...é ofertado quando a pessoa usuária solicita.	...é organizado pelos profissionais com base nas diretrizes clínicas.	...é organizado pela equipe de saúde e está adaptado às necessidades das pessoas usuárias, variando em intensidade e metodologia (telefone, contato pessoal, em grupo, e-mail), com base nas diretrizes clínicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Atenção programada para as condições crônicas...	...não é utilizada.	...é utilizada ocasionalmente para pessoas usuárias com complicações.	...é uma opção para pessoas usuárias que se interessam por esse tipo de atenção.	...é utilizada regularmente para a maioria das pessoas usuárias, incluindo monitoramento regular, intervenções preventivas e a atenção ao autocuidado apoiado por meio de consulta individual ou atenção em grupo.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Continuidade do cuidado...	...não é uma prioridade.	...depende de comunicação escrita entre profissionais da atenção primária e especialistas ou gestores do caso.	...a comunicação entre os profissionais da atenção primária e especialistas é uma prioridade, mas não é implementada sistematicamente.	...é uma alta prioridade e as intervenções em condições crônicas incluem uma coordenação ativa entre a atenção primária e especialistas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Parte 6: Sistema de Informação Clínica. Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias com condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Prontuário clínico eletrônico...	...não está disponível.	...está disponível, mas é construído individualmente.	...está disponível e é construído com base familiar.	...está disponível, é construído com base familiar e coerente com as diretrizes clínicas e com o modelo de cuidados crônicos.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)...	...não está disponível.	...está disponível, inclui nome, diagnóstico, informação de contato e data do último contato.	...está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco, segundo as diretrizes clínicas.	... está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco segundo as diretrizes clínicas e permite emitir alertas e lembretes para as pessoas usuárias.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Alertas para os profissionais...	...não estão disponíveis.	...estão disponíveis, incluem a notificação geral da existência de condições crônicas, mas não definem os tipos de intervenções necessárias no momento do atendimento.	...estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e definem intervenções necessárias no momento do atendimento.	... estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e dão informações específicas para as equipes sobre a adesão às diretrizes clínicas no momento do atendimento.
Pontuação	0 1	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Feedbacks para a equipe de saúde...	...não estão disponíveis.	...são fornecidos em intervalos irregulares e de forma impessoal.	...ocorrem em intervalos suficientes para monitorar o desempenho e são específicos para cada equipe.	...são fornecidos oportunamente, específicos para uma determinada equipe, de forma pessoal e rotineira por um líder para melhorar o desempenho da equipe.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias...	...não está disponível.	...está disponível, mas somente pode ser obtida com esforços especiais ou programação adicional.	...está disponível eventualmente, mas só pode ser obtida quando solicitada.	...está disponível rotineiramente para os profissionais de saúde para ajudá-los no planejamento do cuidado.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Plano de cuidado das pessoas usuárias...	...não é elaborado.	...é elaborado em formato padrão pela equipe de saúde.	...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária e inclui metas clínicas.	...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária, inclui metas clínicas e ações de autocuidado apoiado, sendo monitorado regularmente.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Parte 7. Integração dos Componentes do Modelo de cuidados crônicos. Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (loais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Informação as pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas...	... não é realizada.	... acontece quando solicitada ou por meio de publicações.	... é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica.	... é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica e inclui material elaborado para as pessoas usuárias, descrevendo seu papel no autocuidado apoiado e na adesão às diretrizes clínicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de informação/registo clínico...	...não inclui metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, mas não inclui metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.	... inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, metas de autocuidado apoiado, alertas aos profissionais e pessoas usuárias referente ao monitoramento das condições crônicas e reavaliação periódica das metas de autocuidado apoiado.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Programas comunitários...	...não fornecem feedback para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	...fornecem feedback esporadicamente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, por exemplo, relatórios na internet.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas Usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, que são utilizados para modificar os programas de acordo com as necessidades das pessoas usuárias.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A

Programação local das condições crônicas...	...não utiliza uma programação local.	...usa dados dos sistemas de informações para planejar a atenção, mas com enfoque na programação da oferta.	...usa dados dos sistemas de informações para planejar pró-ativamente o cuidado, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas.	...usa sistematicamente dados dos sistemas de informações para planejar pró-ativamente, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas, incluindo o desenvolvimento de um contrato de gestão com os profissionais de saúde, com base em desempenho.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Monitoramento das metas dos planos de cuidado...	...não é realizado.	...realizado esporadicamente, apenas para pessoas usuárias agendadas.	...é realizado por um profissional responsável pela pessoa usuária.	... é realizado por meio da designação de um profissional responsável pela pessoa usuária e que usa o prontuário clínico e os alertas para coordenar a atenção com a pessoa usuária e os membros da equipe.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Diretrizes clínicas para as condições crônicas...	... não são compartilhadas com as pessoas usuárias.	... são fornecidas às pessoas usuárias que demonstram interesse no autocuidado apoiado de suas condições crônicas.	... são fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajuda-las a desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento e para permitir que elas identifiquem quando devem procurar um profissional de saúde.	... são compartilhadas pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias para desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento que levem em conta as metas das pessoas usuárias e a disposição para as mudanças.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

RESUMO DA PONTUAÇÃO ACIC

1. Pontuação média para Organização da Atenção à Saúde _____
2. Pontuação média para Articulação com a Comunidade _____
3. Pontuação média para Autocuidado Apoiado _____
4. Pontuação média para Suporte à Decisão _____
5. Pontuação média para Desenho do Sistema de Prestação de Serviços _____
6. Pontuação média para Sistema de Informação _____
7. Pontuação média para Integração dos Componentes do MCC _____
8. Pontuação total (1+2+3+4+5+6+7) _____
9. Pontuação de capacidade institucional (1+2+3+4+5+6+7/7) _____

O que isso significa?

O ACIC é organizado para que a pontuação mais alta (11) em qualquer item, seção ou avaliação final, indique um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. Por outro lado, a menor pontuação possível (0), corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas. A interpretação dos resultados é a seguinte:

Entre “0” e “2” = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas; Entre “3” e “5” = capacidade básica para a atenção às condições crônicas; Entre “6” e “8” = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas; Entre “9” e “11” = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas.

Anexo B – Questionário AECC

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA PARA OS CUIDADOS CRÔNICOS (AECC)

Nome do pesquisador:

1. Nome do estabelecimento de saúde: _____
2. Nome do responsável pelo preenchimento dos dados (informante na unidade de saúde): _____
3. Correio eletrônico (do informante): _____
4. Data de preenchimento (data de hoje): (DD/MM/AAAA) _____

Dados da unidade de saúde

9. A unidade presta serviço de assistência: (marque com um X)

<input type="checkbox"/>	Primária
<input type="checkbox"/>	Secundária
<input type="checkbox"/>	Primária e Secundária

10. Equipe de saúde e população coberta

Número total de médicos generalistas	
Número total de médicos especialistas	
Número total de enfermeiros	
Número total de profissionais de nutrição	
Número total de profissionais de psicologia	
Número total de assistentes sociais	
Número total de agentes comunitários	
População total coberta pela unidade	

11. Seu estabelecimento de saúde: (marque com um X)

<input type="checkbox"/>	É parte de uma rede de unidades similares
<input type="checkbox"/>	Tem características únicas

Organização de atenção à saúde

Responda às perguntas com 1 = presente ou 0 = ausente

12. Em seu estabelecimento de saúde

	1	0
É medido sistematicamente o desempenho dos médicos		
É medido sistematicamente o desempenho dos enfermeiros		
É medido sistematicamente o desempenho de outros profissionais		
São utilizados incentivos para estimular as boas práticas		

13. Se são utilizados incentivos, Quais?

14. Em seu estabelecimento de saúde

	1	0
É informada sistematicamente a proporção de pacientes com diabetes e A1c>7% ou glicemia de jejum >130 mg/dl		
Se realizam atividades de educação médica continuada visando melhorar a prática clínica		
Se realizam atividades de educação médica continuada visando melhorar o controle do diabetes		

15. Qual foi a proporção (%) de pacientes com diabetes e A1c>7% ou glicemia de jejum >130 mg/dl na última avaliação? (Apresentar numerador e denominador adicionalmente)_____

(Re)Desenho do sistema de entrega de serviços

Responda às perguntas com 1 = presente ou 0 = ausente

16. Em seu estabelecimento de saúde

	1	0
Existe um sistema de agendamento de consultas que informe a data da próxima consulta com antecedência de uma semana ou mais		
Existe um sistema de agendamento que garanta ao paciente consultar o médico ou enfermeira de sua eleição mesmo que não viva na área de abrangência ou cobertura		
Existe um sistema de classificação ou estratificação de pacientes segundo o risco que permite à equipe de saúde especializada dedicar maior tempo aos pacientes de mais complexidade		
A equipe de saúde está organizada de forma interdisciplinar		
A equipe de saúde inclui pelo menos um médico		
A equipe de saúde inclui pelo menos um enfermeiro		
A equipe de saúde inclui pelo menos um nutricionista		
A equipe de saúde inclui pelo menos um assistente social		
A equipe de saúde inclui pelo menos um educador profissional não médico		
Existe um prontuário clínico		
A equipe de assistência à saúde revisa o prontuário clínico antes da consulta		

A conduta a ser efetivada com o paciente é planejada antes da consulta		
Os resultados do paciente são revisados depois da consulta		
É preparada uma lista de pacientes faltantes às consultas programadas		
Os pacientes faltantes às consultas programadas são contatados		
Estão disponíveis fichas para pacientes encaminhados a outros serviços		
Encontra-se normatizado o tempo que se dedica a cada consulta de seguimento		
Encontra-se normatizado o tempo que se dedica a cada primeira consulta		

17. Quantos minutos por paciente é o tempo previsto para cada consulta de seguimento? _____

18. Quantos minutos por paciente é o tempo previsto para cada primeira consulta? _____

Sistema de informação clínica

Responda às perguntas com 1 = presente ou 0 = ausente

19. Em seu estabelecimento está disponível

	1	0
Uma relação de pacientes com diabetes		
Uma relação de problemas que podem se apresentar na atenção ao indivíduo com diabetes		

Algoritmos ou fluxogramas para a atenção ao indivíduo com diabetes		
Uma lista de intervenções para melhorar o controle do diabetes		
Mecanismo para monitoramento dos exames de laboratório		
Mecanismo para monitoramento de exames de ECG		
Mecanismo para monitoramento de pacientes encaminhados a outros serviços		
Prontuário eletrônico (com ou sem formulários impressos)		

Apoio às decisões

Responda às perguntas com 1 = presente ou 0 = ausente

20. Em seu estabelecimento está disponível

	1	0
Guias de prática clínica para o diabetes		
Guias de prática clínica para serviços preventivos segundo idade		
Mecanismo de lembretes para a equipe de saúde relacionado ao Diabetes		
Mecanismo ou protocolo de alerta de resultados de laboratório alterados para equipe de saúde relacionado ao diabetes		
Mecanismo ou protocolo de alerta de resultados de laboratório alterados para pacientes com diabetes		

Apoio ao autocuidado

Responda às perguntas com 1 = presente ou 0 = ausente

21. Em seu estabelecimento

	1	0
Estão disponíveis mecanismos de lembretes para pacientes com diabetes		
Está disponível um programa de autocuidado para pacientes com diabetes		
Estão disponíveis materiais impressos para pacientes com informação sobre diabetes		
Estão disponíveis materiais impressos para pacientes com informação sobre tabagismo		
Estão disponíveis materiais impressos para pacientes com informação sobre uso nocivo de álcool		
Estão disponíveis materiais impressos para pacientes com informação sobre atividade física		
Estão disponíveis materiais impressos para pacientes com informação sobre alimentação saudável		
Estão disponíveis materiais eletrônicos para pacientes com informação sobre Diabetes		
Estão disponíveis materiais eletrônicos para pacientes com informação sobre hipertensão		
Se realiza busca sistemática de diabetes		
Se realiza busca sistemática de hipertensão		
Se realiza busca sistemática de dislipidemia		

Se realiza busca sistemática de tabagismo		
Se realiza busca sistemática de abuso ou dependência do álcool		
Se realiza busca ativa de pé com neuropatia diabética por meio do teste do monofilamento de 10g		

Anexo C – Parecer Comitê de Ética

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Modelo de atenção ao diabetes mellitus tipo II no município de Pelotas/RS

Pesquisador: Elaine Amaral de Paula

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79860617.2.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.403.534

Apresentação do Projeto:

A qualidade da atenção ao diabetes mellitus, depende de esforço conjunto que busque oferecer à população acesso a bens e serviços que integrem ações de prevenção, diagnóstico precoce, controle e tratamento especializado, conforme a necessidade de cada usuário. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é avaliar a qualidade da atenção prestada aos usuários com diabetes mellitus no município de Pelotas/RS. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, avaliativo, de natureza quantitativa desenvolvido com duas populações: profissionais de saúde e usuários. Os critérios para avaliar a qualidade da atenção serão baseados na tríade de "Estrutura", "Processo" e "Resultado", conforme proposto por Donabedian (1980, 1993). Serão incluídos cerca de 1700 usuários adultos acima de 18 anos de idade, do sexo masculino ou feminino que estejam cadastrados no serviço de dispensação de insumos da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas/RS com diagnóstico de diabetes mellitus do tipo II insulino dependente que tenham capacidade de comunicar-se verbalmente. Além dos usuários, serão sorteados aleatoriamente para participar do estudo os profissionais de saúde que atuam em uma das cinco unidades de atenção primária a saúde selecionada para o estudo como profissional de saúde do nível superior (médico ou enfermeiro). Os instrumentos de avaliação da qualidade da atenção foram propostos pela Organização PanAmericana de Saúde e foram validados para o Brasil. Resultados esperados: Avaliar a capacidade institucional, de cada unidade participante, verificada através da disponibilidade de recursos físicos, materiais e humanos para atender indivíduos com diabetes

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3826

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 2.403.534

mellitus tipo II, bem como avaliar a percepção dos profissionais e dos usuários acerca do cuidado ofertado e recebido, respectivamente. Estas informações poderão subsidiar políticas e ações de Saúde Pública em termos de inovação de estratégias de cuidado. A associação destas informações poderá ainda contribuir para a formulação de políticas públicas de abordagem do diabetes mellitus tipo II no município que, em última análise, poderão promover melhor atenção à saúde e diminuição dos custos gerados por esta doença e suas complicações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar a qualidade da atenção prestada às pessoas com diabetes mellitus tipo II insulíndependentes no município de Pelotas/RS.

Objetivos específicos

Avaliar, por meio da aplicação do questionário de "Avaliação da Estrutura para os Cuidados Crônicos" ofertado pelo Observatório de Panamericano de Cuidados Crônicos (PACCO) e de indicadores específicos, a estrutura das unidades de atenção primária a saúde do município de Pelotas/RS.

Avaliar, por meio da aplicação do questionário ACIC (Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas) ofertado pelo Observatório de Panamericano de Cuidados Crônicos (PACCO) e de indicadores específicos, a capacidade institucional em unidades selecionadas da Rede de Atenção Primária do Município de Pelotas/RS.

Aplicar o questionário PACIC (Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas), sugerido no Observatório de Panamericano de Cuidados Crônicos (PACCO), a diabéticos da Rede Atenção Primária do Município de Pelotas/RS, gerando indicadores específicos para avaliação das unidades selecionadas por meio da percepção sistematizada do usuário sobre o cuidado recebido.

Mensurar a pressão arterial, circunferência abdominal e índice de massa corporal das pessoas com diabetes mellitus tipo II insulíndependentes atendidos no Município de Pelotas/RS. 1.2.5 Registrar os valores de glicemia pré prandial anotados em impresso fornecido pela Secretaria de Saúde às pessoas com diabetes mellitus tipo II insulíndependentes atendidos no Município de Pelotas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa apresenta como riscos previsíveis a divulgação de dados confidenciais e invasão de

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3826

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 2.403.534

privacidade relacionado à entrevista e ao exame físico. Como medidas para minimizar tais riscos será garantido que os pesquisadores sejam habilitados ao método de coleta de dados e quanto a segurança das informações contidas nos questionários preenchidos, bem como a garantia do anonimato através da identificação por letras e

números atribuídas aos participantes da pesquisa no banco de dados utilizado para análise, ainda será garantido a todos os participantes um local reservado para entrevista e exame físico bem como a liberdade para não responder questões constrangedoras e o direito de desistir em qualquer momento da participação da pesquisa sem que esta atitude traga-lhe qualquer prejuízo pessoal ou no atendimento no serviço, acesso ao tratamento e no recebimento da insulina. Os pesquisadores estarão atentos a sinais verbais e não verbais de desconforto em relação a participação no estudo e se responsabilizam a oferecer e encaminhar para acompanhamento no serviço público de saúde de referência do participante mediante a detectada necessidade. Assim, pretende-se assegurar a confidencialidade, a privacidade e a não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

Benefícios:

Os prováveis benefícios da pesquisa estão relacionados diretamente a reflexão das práticas de cuidado à saúde, acesso a orientações sobre práticas de autocuidado apoiado com intuito de tornar o participante mais ativo e corresponsável no tratamento do diabetes mellitus e na prevenção de complicações relacionadas a esta condição, podendo redefinir sua relação com os profissionais de saúde da unidade de atenção primária a qual está vinculado; indiretamente a pesquisa irá fortalecer ou propor o uso de novas tecnologias e formas de organização do sistema de saúde às pessoas com diabetes mellitus por parte dos profissionais e das lideranças organizacionais. Portanto, se forem considerados os prováveis benefícios da pesquisa, verificar-se-á que os princípios de beneficência e não maleficência são respeitados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para avaliar as políticas de atenção à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo II, dada a incidência desta doença na população. Após as adequações sugeridas pelo CEP encontra-se em consonância com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto – Adequada

Cartas de anuência (SMS e UBS): Adequadas

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3826

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

**UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA**



Continuação do Parecer: 2.403.534

TCLE – adequado

Orçamento – adequado

Cronograma – adequado

Recomendações:

devolução dos resultados para os serviços de saúde e comunidade científica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1031823.pdf	27/11/2017 13:55:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2bc.pdf	27/11/2017 13:55:13	Elaine Amaral de Paula	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2ac.pdf	27/11/2017 13:54:56	Elaine Amaral de Paula	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep2c.pdf	27/11/2017 13:54:33	Elaine Amaral de Paula	Aceito
Folha de Rosto	FR3.pdf	13/11/2017 12:24:11	Elaine Amaral de Paula	Aceito
Outros	insumosc.pdf	10/11/2017 16:54:01	Elaine Amaral de Paula	Aceito
Outros	municipalc.pdf	10/11/2017 16:51:38	Elaine Amaral de Paula	Aceito
Outros	sanscac.pdf	10/11/2017 16:51:15	Elaine Amaral de Paula	Aceito
Outros	simoesc.pdf	10/11/2017 16:50:53	Elaine Amaral de Paula	Aceito
Outros	cohabfragc.pdf	10/11/2017 16:50:29	Elaine Amaral de Paula	Aceito
Outros	guabirobac.pdf	10/11/2017 16:50:11	Elaine Amaral de Paula	Aceito
Outros	eliedesc.pdf	10/11/2017 16:34:34	Elaine Amaral de Paula	Aceito

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro **CEP:** 96.010-610

UF: RS **Município:** PELOTAS

Telefone: (53)3284-3826

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 2.403.534

Orçamento	orcamentoc.pdf	10/11/2017 16:31:21	Elaine Amaral de Paula	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAc.pdf	10/11/2017 16:31:10	Elaine Amaral de Paula	Aceito

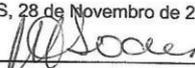
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 28 de Novembro de 2017


Assinado por:

Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro CEP: 96.010-610

UF: RS Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3826

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br