

LAURA VILLAQUIRÁN JIMÉNEZ

Avaliação da capacidade institucional na assistência às pessoas idosas com condições crônicas na atenção primária à saúde

BELO HORIZONTE

2020

LAURA VILLAQUIRÁN JIMÉNEZ

Avaliação da capacidade institucional na assistência às pessoas idosas com condições crônicas na atenção primária à saúde

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares

BELO HORIZONTE

2020

Jiménez, Laura Villaquirán.

J61a Avaliação da capacidade institucional na assistência às pessoas idosas com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde. [manuscrito]. / Laura Villaquirán Jiménez. - - Belo Horizonte: 2020. 120 f.: il.

Orientador (a): Sônia Maria Soares.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Envelhecimento. 2. Saúde do Idoso. 3. Doença Crônica. 4. Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde). 5. Estratégia Saúde da Família. 6. Enfermagem. 7. Estudos Transversais. 8. Dissertação Acadêmica. I. Soares, Sônia Maria. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 152.2

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 150 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colgrad@enlufmg.br



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 630 (SEISCENTOS E TRINTA) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LAURA VILLAQUIRÁN JIMÉNEZ PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 13 (treze) dias do mês de abril de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação "*AValiação DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL NA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS IDOSAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*", da aluna *Laura Villaquirán Jiménez*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Sônia Maria Soares (orientadora), Deborah Carvalho Malta e Isabel Yovana Quispe Mendoza, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13 de abril de 2020.

Profª Drª. Sônia Maria Soares
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Deborah Carvalho Malta
(Esc. Enf./UFMG)

Profª Drª. Isabel Yovana Quispe Mendoza
(EEUFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

GRADECIMENTOS

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profa. Dra. Sônia Maria Soares, pela orientação, inestimáveis ensinamentos, dedicação e amizade.

AGRADECIMENTOS

À Organização dos Estados Americanos e ao Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras, que por meio do Programa de Alianças para a Educação e Capacitação – PAEC OEA/GCUB, me brindaram incentivo financeiro e a oportunidade de fazer meu mestrado no Brasil.

Aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pela colaboração, atenção e apoio, assim como também ao grupo de pesquisa NEPCDH.

A todos os gerentes e as equipes da Estratégia da Saúde da Família da Regional Noroeste de Belo Horizonte, pela colaboração, carinho e atenção.

À bolsista de iniciação científica Isis Laila, pela colaboração, disciplina e ajuda no desenvolvimento deste projeto.

À turma de enfermagem da Colômbia, Nathalya, Adriana, Saidy e Carlos, pela amizade e os inestimáveis momentos compartilhados.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho,

À Deus. Que se fez e faz presente em todos os momentos de minha vida.

.

A minha orientadora, a Profa. Dra. Sônia Maria Soares, agradeço a Deus por ter me permitido caminhar esses dois anos do seu lado, obrigada pelo acolhimento, pelos bons momentos compartilhados e pelo apoio nesse processo.

À minha mãe Olga e meu pai Luís, agradeço a Deus por me permitir contar ainda com suas presenças na minha vida, pelo constante apoio e pela sua maravilhosa energia que sempre esteve do meu lado nesses dois anos.

À minha irmã Alejandra, obrigada por acreditar em mim sempre, por ser meu apoio constante, e a minha mais grande motivação, mais uma vez obrigada pelos olhares de confiança e fé.

À minha prima Monica, obrigada pela torcida e pelo constante apoio em cada objetivo proposto ao longo da minha vida.

À minha amiga Nathalya Casallas, obrigada pela irmandade, porque a vida nos demonstrou que existem laços mais fortes que a sangue mesma. Obrigada por me ajudar a trilhar essa jornada com mais leveza.

À minha família, tios, tias, primos, primas e amigos na Colômbia, obrigada pelo apoio e as boas energias.

RESUMO

Introdução: O incremento das condições crônicas, geram repercussões econômicas e sanitárias no sistema de saúde, além de gerar novas demandas e necessidades de resposta pelos serviços de saúde, principalmente da Atenção Primária à Saúde. Na busca de um cuidado diferenciado, foi construído o *Chronic Care Model (CCM)*, posteriormente adaptado para o contexto brasileiro, criando o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). A partir deste modelo, foi delineado o *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*, com o objetivo de auxiliar na avaliação da organização da Atenção Primária, partindo do contexto dos profissionais das equipes de Saúde da Família. Com o propósito de identificar áreas com maior fragilidade na atenção, para assim, qualificar e avaliar a qualidade do cuidado destas doenças. **Objetivo:** Avaliar a capacidade institucional para o cuidado à pessoa idosa com DM e/ou HA na perspectiva dos profissionais das equipes de Saúde da Família, fundamentado no MACC. **Método:** estudo transversal, descritivo. A amostra está composta por 193 profissionais de 35 equipes da Estratégia da Saúde da Família das Unidades Básicas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com a aplicação do instrumento *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*, adaptado ao português e fundamentado no *Chronic Care Model (CCM)*, que avalia a Capacidade Institucional para a atenção às condições crônicas. A coleta se deu entre o mês de outubro e dezembro de 2019. Os dados quantitativos foram analisados por meio de técnicas descritivas e comparações múltiplas com o teste ANOVA, além de ser testada a homogeneidade das variâncias com o teste Levene e, finalmente foi utilizado o teste T3 de Dunnett para comparações múltiplas das variâncias. Considerou-se como significância estatística $p < 0,05$. **Resultados:** O escore obtido na avaliação da capacidade institucional mostrou razoável capacidade para a atenção às condições crônicas 6,49. As dimensões com escores mais altos foram o Desenho do Sistema de Prestação de Serviços com uma média de 7,52 e o Autocuidado Apoiado com 7,08; com menores médias foram avaliadas as dimensões do Suporte à Decisão 5,81 e a Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas com 5,78. **Considerações finais:** Os serviços da APS da regional foram avaliados com uma capacidade razoável para atenção às condições crônicas. Recomenda-se a utilização do instrumento na Atenção primária,

como ferramenta para a implementação de ações e intervenções efetivas, focadas na melhoria da qualidade da assistência do cuidado das condições crônicas nos princípios do MACC.

Palavras-chave: Envelhecimento; Saúde do Idoso; Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde); Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; condições crônicas; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The increase in chronic conditions generates economic and sanitary repercussions in the health system, in addition to generating new demands and needs for response by health services, mainly in Primary Health Care. In the search for differentiated care, the Chronic Care Model (CCM), later adapted to the Brazilian context, creating the Model for Attention to Chronic Conditions (MACC). Based on this model, the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) was designed, with the objective of assisting in the evaluation of the organization of Primary Care, starting from the context of the professionals of the Family Health teams. In order to identify areas with greater fragility in care, to qualify and assess the quality of care for these diseases. **Objective:** To evaluate the institutional capacity to care for the elderly with DM and / or AH from the perspective of the professionals of the Family Health teams, based on the MACC. **Method:** cross-sectional, descriptive study. The sample is composed of 193 professionals from 35 teams of the Family Health Strategy of the Basic Units of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Data collection was carried out by means of an interview with the application of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) instrument, adapted to Portuguese and based on the Chronic Care Model (CCM), which assesses the Institutional Capacity for attention to chronic conditions. The collection took place between October and December 2019. Quantitative data were analyzed using descriptive techniques and multiple comparisons with the ANOVA test, in addition to testing the homogeneity of variances with the Levene test and, finally, the test was used Dunnett's T3 for multiple comparisons of variances. $P < 0.05$ was considered as statistically significant. **Results:** The score obtained in the assessment of institutional capacity, showed a reasonable capacity for attention to chronic conditions 6,49. The dimensions with the highest scores were the Design of the Service Delivery System as an average of 7.52 and Supported Self-Care with 7.08; with lower averages, the dimensions of Decision Support 5.81 and the Integration of the Components of the Model of Attention to Chronic Conditions were evaluated with 5.78. **Final considerations:** PHC services in the region were evaluated with reasonable capacity to care for chronic conditions. It is recommended to use the instrument in Primary Care, as a tool for the implementation of effective actions and interventions, focused on improving the quality of care for the care of chronic conditions in the MACC principles.

Keywords: Aging; Health of the Elderly; Evaluation of Processes and Results (Health Care); Family Health Strategy; Primary Health Care; chronic conditions; Nursing.

LISTA DE ILUSTRÇÕES

Quadro 1- Diferenças entre condição aguda e crônica. !Error! Marcador no definido.	
Figura 1- Chronic Care Model (CCM).....	31
Quadro 2- Descrição dos elementos que compõem o <i>Chronic Care Model</i>	33
Figura 2- Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	38
Figura 3- Distrito Sanitário Noroeste e seus territórios de gestão compartilhada ..	44
Quadro 3- Dimensões do Assessment of Chronic Illness Care-ACIC	40
Quadro 4- Variáveis do estudo	48
Quadro 5- descrição das variáveis do estudo do instrumento <i>Assessment of Chronic Illness Care –ACIC</i>	49
Quadro 6- Interpretação dos resultados do instrumento <i>Assessment of Chronic Illness Care –ACIC</i>	52
Quadro 7- Distribuição do número de participantes das equipes da ESF por UBS... Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.....	55
Quadro 8- Distribuição das porcentagens de avaliação da Capacidade Institucional nos profissionais das equipes da ESF, regional noroeste, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.....	74

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Distribuição dos participantes das equipes da Estratégia da Saúde da Família segundo as variáveis sociodemográficas, regional Noroeste, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019..... 56
- Tabela 2-** Avaliação obtida em cada dimensão do instrumento ACIC proporcionadas pelas equipes da ESF, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019..... 58
- Tabela 3-** Avaliação dos componentes de cada dimensão do ACIC para a atenção às condições crônicas, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019. 59
- Tabela 4-** Avaliação de cada dimensão do ACIC para a atenção às condições crônicas, segundo as categorias de profissionais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019. 63
- Tabela 5-** Avaliação da dimensão da Organização da Atenção à Saúde do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019..... 65
- Tabela 6-** Avaliação da dimensão da Articulação com a Comunidade do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019..... 66
- Tabela 7-** Avaliação da dimensão o Autocuidado Apoiado do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019..... 67
- Tabela 8-** Avaliação da dimensão do Suporte à Decisão do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019..... 68
- Tabela 9-** Avaliação da dimensão do Desenho do Sistema de Prestação de Serviços do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019. . 69
- Tabela 10-** Avaliação da dimensão do Sistema de Informação Clínica do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019..... 70
- Tabela 11-** Avaliação da dimensão da Integração dos Componente do Modelo de Atenção às Condições Crônicas do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019..... 71
- Tabela 12-** Avaliação das dimensões do ACIC e comparação entre Unidades Básicas de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019. 72

LISTA DE SIGLAS

ACIC	-	<i>Assessment Illness Chronic</i>
ACS	-	Agente Comunitário de saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
CCM	-	<i>Chronic Care Model</i>
COEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM-	-	<i>Diabetes Mellitus</i>
EEUFMG	-	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
ESF	-	Estratégia da Saúde da Família
HA	-	Hipertensão arterial
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LIACC	-	Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas
MACC	-	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MPR	-	Modelo de Pirâmide de Risco
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
PACIC	-	<i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i>
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFMG	-	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	-	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-bref	-	<i>World Health Organization Quality of Life-bref</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	23
3. REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 Doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento populacional	25
3.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma abordagem conceitual	26
3.3 Capacidade institucional e o contexto das DCNT na Atenção Primária à Saúde	28
3.4 O Modelo do Chronic Care Model-CCM	30
3.5 O Modelo de Atenção às Condições Crônicas no contexto da Atenção Primária	35
3.6 Instrumento para medida da capacidade institucional para a atenção	39
4. METODOLOGIA	44
4.1 Tipo de estudo	44
4.2 Local de estudo	44
4.3 Amostra	45
4.4 Critérios de inclusão	45
4.5 Critérios de exclusão	45
4.6 Instrumento de coleta de dados	45
4.6 Coleta de dados	46
4.6 Variáveis do estudo	48
4.8 Aspectos ético-legais	52
4.9 Análise de dados	52
5. RESULTADOS	54
5.1 Distribuição e caracterização dos profissionais das equipes da ESF	54
5.2 Avaliação da capacidade institucional com os escores do ACIC geral	57
5.3 Análise das dimensões que avaliam a Capacidade Institucional no instrumento ACIC por cada UBS da regional	64
6. DISCUSSÃO	76
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	100

APRESENTAÇÃO

Este trabalho compõe uma agenda de pesquisas realizadas pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais relacionada à temática da qualidade da assistência à pessoa idosa em condições crônicas de saúde.

O Projeto denominado Estudo Envelhecimento e Doença Renal Crônica (en-DoRen) iniciou em 2014 com desenvolvimento da pesquisa intitulada: *Prevalência, fatores associados, consciência e prognóstico da doença renal crônica em idosos: estudo transversal de base populacional* constituída de duas etapas. A primeira delas caracterizada como um estudo epidemiológico de base populacional, em âmbito regional. Esta etapa teve como objetivo estimar a prevalência de doença renal crônica (DRC) não dialítica em pessoas idades com idade igual ou superior a 60 anos, que residiam no distrito sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os achados da pesquisa demonstraram a necessidade de que os pacientes manifestarem evidências clínicas de sinais e sintomas da doença para que procurem atendimento médico, e assim, alcançar o diagnóstico precoce pelos profissionais de saúde (SILVA, 2017).

Nesse contexto, evidenciou-se a necessidade de dar continuidade ao estudo, e foi proposta uma segunda etapa, com o objetivo de avaliar a qualidade do cuidado prestado à pessoa idosa com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial, por tratar-se da subpopulação de maior risco para desenvolvimento de DRC (SILVA, 2018).

Esta última etapa do estudo permitiu identificar possíveis lacunas na assistência do cuidado às pessoas idosas com DCNT na Atenção Primária na perspectiva dos usuários. Como consequência destes achados, foi proposto o desenvolvimento dessa pesquisana busca de encontrar respostas aos novos desafios referente ao aumento na prevalência de DCNT como a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial. Evidenciou-se também a importância de avaliar como está organizada a atenção básica, as Unidades Básicas de Saúde e as equipes da Estratégia da Saúde da Família para o enfrentamento destas condições crônicas e conhecer se contam com respaldo de modelos crônicos de saúde na assistência do cuidado.



INTRODUÇÃO

1.INTRODUÇÃO

O rápido processo de envelhecimento populacional e a crescente presença de fatores de risco associados aos hábitos de vida não saudáveis levam ao aumento relativo das condições crônicas, em especial, das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), afetando, sobretudo, os segmentos de pessoas com maior idade. Tal processo traz repercussões econômicas e sanitárias, gerando novas demandas e necessidade de respostas efetivas pelo sistema de saúde. (INTERNACIONALDIABETESFEDERATION,2015; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE /OPAS, 2019)

Em 2030, segundo as previsões da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de mortes por DCNT chegará aos 55 milhões, sendo as doenças cardiovasculares, como a hipertensão e a diabetes, as principais causas de morbimortalidade (MENDES, 2012).

No contexto mundial, a diabetes *mellitus* (DM) representa um contingente de 9,3% de adultos de 20 a 79 anos de idade com diagnóstico confirmado da doença. Em 2015, 4 milhões de pessoas acima de 60 anos morreram como resultado direto da mesma. Além disso, a OMS revelou que aproximadamente a metade das mortes são atribuíveis às complicações. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes o número de pessoas diagnosticadas no mundo com a doença foi projetado para ser superior a 700 milhões em 2045. Isto indica, pelas projeções, que a diabetes será a sétima causa de morte em todo o mundo até 2045 (INTERNACIONALDIABETES FEDERATION, 2019; OMS, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), Belo Horizonte, tem hoje uma população de 2.523.794 habitantes, dos quais aproximadamente 370 mil habitantes estão acima de 60 anos. Estima-se que cerca de 9% desta população apresenta diagnóstico de DM, posicionando-se como a

segunda cidade com maior número de brasileiros diagnosticados com essa doença (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2017,2019).

Na mesma situação observa-se a hipertensão arterial (HAS), que também é considerada um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo o principal fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares como o infarto agudo do miocárdio (IAM), afetando entre 20 a 40% da população adulta a partir de 60 anos de idade (OMS, 2016; OPAS, 2016).

No mundo, estima-se que a cada ano ocorram 1,6 milhão de mortes causadas por doenças cardiovasculares, das quais cerca de meio milhão ocorrem em pessoas com menos de 70 anos de idade, o que é considerado morte prematura e evitável (OMS, 2016; OPAS, 2016). No Brasil, a hipertensão atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente por 50% das mortes decorrente de doença cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2018).

Diante deste cenário, tem-se discutido sobre a crise contemporânea dos modelos assistenciais de atenção à saúde tanto no cenário internacional quanto no nacional. Associado a essa crise dos modelos soma-se o fenômeno da transição epidemiológica e demográfica que causa forte impacto e novos desafios para o sistema de saúde, marcados pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016).

De um modo geral, constata-se que os processos, as ações e as práticas atuais do sistema de atenção à saúde, encontram-se voltadas para responder às condições agudas e decorrentes de agudizações das doenças crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa nas unidades básicas de saúde (UBS) (ARRIETA,2017; MALTA, 2017; MENDES, 2012). Observa-se, ainda, no âmbito dos serviços da saúde a fragmentação de ações para atender as necessidades de cuidados de saúde, especialmente para os idosos, embora existam políticas nacionais que promovam e direcionem o cuidado deste grupo populacional (SILVA, 2018)

No Brasil, o manejo e a prevenção das DCNT, mais especificamente do DM e HAS e suas complicações concentram-se, principalmente, no nível da atenção primária à saúde (APS), que é considerada a porta de entrada dos indivíduos no Sistema Único de Saúde (SUS). Recomenda-se que esse nível de atenção à saúde seja responsável por dispensar um cuidado integral, longitudinal, resolutivo e de alta qualidade que impacte na situação de saúde da população brasileira, maximizando sua saúde e seu bem-estar. Ressalta-se que tanto a HAS como a DM estão na lista de condições sensíveis à APS, ou seja, um bom manejo destas condições crônicas na atenção básica evita complicações e mortes (MALTA,2017; PATEL, 2011).

Diante do exposto observa-se que a reorganização da APS, precisa de maior trabalho na identificação de todos os portadores de DCNT e a estratificação dos riscos das pessoas que convivem com estas condições, dados que permitem que as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) possam oferecer uma atenção diferenciada segundo as necessidades individuais, por meio de enfoques multidisciplinares, delineando cuidados centrados no paciente, que levem a melhorada autogestão da saúde. Neste contexto, o estabelecimento da consulta programada e individualizada considera-se como uma estratégia que conduz a alcançar os objetivos de cuidado propostos previamente, além de reduzir as complicações e mortes deste grupo populacional vulnerável a causa destas doenças (FERNANDES, 2013; RAMOS, 2018)

Nos Países Baixos, foi evidenciado que o atendimento à população em processo de envelhecimento e suas doenças mais comuns, precisam de reestruturação no setor da atenção básica, para garantir a qualidade do cuidado, redução de custos e exacerbações do sistema de saúde. Por outro lado, estudo realizado no Canadá, demonstrou que o reconhecimento e execução de práticas contínuas focadas na melhoria no atendimento das DCNT, por meio da mudança organizacional dos processos e práticas na APS focadas nas necessidades da população, apresentaram resultados ótimos na redução de fatores de risco, complicações e hospitalizações. Além disso, observou-se melhorias no autocuidado e na qualidade de vida dessas pessoas (AHMED, 2015; VESTJENS *et al*, 2018).

No Brasil, para dar conta dessas mudanças e reorganização dos serviços de saúde, o Ministério de Saúde, lança em 2013 a Portaria nº 252, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Com base nessa normativa, a rede de atenção à saúde deve oferecer atenção de forma integral aos usuários com DCNT (RAUPP et al.,2015). Assim como a criação o Plano de Estratégias para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, o qual versa sobre a reorganização e a reorientação dos serviços de saúde enfatizando nas metas propostas, como a redução do consumo de tabaco, aumento na prevalência da prática de atividade física e fomento de alimentação saudável na população (MALTA,2019)

Em busca de um cuidado diferenciado, superando o simples diagnóstico e tratamento de doenças individuais, foi construído o *Chronic Care Model (CCM)*. Esse modelo foi desenvolvido nos Estados Unidos como resposta às situações de saúde de alta prevalência e a falência dos sistemas fragmentados para enfrentá-las (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; WAGNER, 1998). Particularmente, Mendes (2012), fez uma adaptação desse modelo para o contexto brasileiro, unindo-o ao Modelo da Pirâmide de Risco e ao Modelo da Kaiser Permanente, denominando-o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas, foi reconhecido pela Rede de Atenção em Saúde (RAS), como o modelo mais adequado para melhorar a qualidade da atenção às DCNT. O modelo, apoia-se em intervenções realizadas em três princípios: a estrutura, o processo e as práticas da atenção primária à saúde na assistência do cuidado dessas condições, em aspectos como a organização, definição de metas e estratégias, articulação com a comunidade e liderança das equipes. O cumprimento dos mesmos envolveria: expressar a melhoria da atenção e a integração de um modelo de atenção a um programa de qualidade do cuidado pela APS (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016; MENDES, 2012).

A partir do CCM, foi delineado o *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*, com o objetivo de auxiliar na avaliação da organização da APS, através da obtenção de informações sobre os processos da APS, partindo do contexto dos profissionais das equipes de saúde da família. Com o propósito de identificar áreas com maior

fragilidade na atenção, para assim, qualificar e avaliar a qualidade do cuidado destas doenças nos princípios do MACC (GOMTUBUTRA *et al.*, 2012). No Brasil, o ACIC, foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa, e ainda se encontra em processo de validação.

Estudos internacionais demonstram a importância desta ferramenta, e recomendam o seu uso na APS para potencializar a condução do planejamento de projetos e ações que propiciem a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas nos serviços de saúde. Num estudo feito nos Países Baixos, com aplicação do ACIC na equipe do programa de doenças crônicas, demonstrou que o ACIC, atua como instrumento de apoio na avaliação, orientação e organização da atenção de condições crônicas segundo os princípios do CCM (CRAMM, 2011; SI *et al.*, 2008).

Além destes estudos, outras pesquisas investigaram a associação do ACIC com indicadores de saúde relacionados à assistência às pessoas com DM e HAS. Como principais achados, tem-se que profissionais de saúde atuantes na APS ao avaliarem a capacidade institucional demonstraram que maiores escores em relação à assistência de pacientes com diabetes, apresentou como resultado um melhor controle glicêmico e de hemoglobina glicada (HbA1c), e menor risco de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial (CRAMM, 2018; POLLY, 2014).

Pelo exposto anteriormente, com este estudo pretende-se responder à seguinte pergunta: Como está a capacidade institucional das unidades básicas de saúde na assistência do cuidado às pessoas idosas com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) na perspectiva do *Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)*?

Neste sentido, apesar das múltiplas discussões empreendidas, ainda no Brasil são incipientes as pesquisas específicas que avaliem a organização e gestão da atenção para a saúde da pessoa idosa na APS, na perspectiva de um olhar pelas equipes destes serviços. Embora muitos estudos focam a atenção às DCNT, a maioria dos tópicos identificados tratam a oferta e avaliação da efetividade dos

programas direcionados pelos serviços, poucos se enfocam as propostas mais amplas quanto à organização de ações e estratégias dirigidas ao público idosos, na APS (RAMOS,2018).

Considerando os estudos nomeados, pode-se dizer que, por meio do uso da ferramenta ACIC o SUS, a Rede de Atenção em Saúde e a APS, poderiam identificar áreas de maior fragilidade na atenção em condições crônicas previamente à implementação de novos processos/ações focados na melhoria na qualidade de assistência do cuidado, gerando um melhor impacto nos componentes da estrutura, do processo e das respostas afetivas dos serviços de saúde (OPAS, 2010).

Conseqüentemente, justifica-se a realização deste estudo como segunda parte de uma pesquisa realizada no Belo Horizonte com a outra ferramenta do CCM, a qual chama-se se “Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão atendida na Atenção Primária à Saúde” com a aplicação da outra ferramenta do CCM, o *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC)*, o instrumento foi aplicado em idosos com diagnóstico de DM e HA, com o objetivo de avaliar a qualidade do cuidado na perspectiva dos próprios usuários, verificando a fragilidade do Sistema de Saúde, no contexto da APS, para garantir um cuidado proativo, planejado, coordenado e centrado nas pessoas com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, mas com esse instrumento não é possível avaliar o serviço na perspectiva dos profissionais. Portanto, para que a avaliação seja mais robusta, faz-se necessária “dar voz” tanto ao usuário (etapa concluída) e os profissionais (etapa proposta) (SILVA, 2018).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- ❖ Avaliar a capacidade institucional para o cuidado à pessoa idosa com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial na perspectiva da equipe de Saúde da Família, fundamentado no Modelo de Atenção às condições crônicas.

2.2 Objetivos específicos

- ❖ Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais das equipes da ESF;
- ❖ Analisar a Organização da Atenção à Saúde, o Desenho do Sistema de Prestação de Serviços e o Sistema de Informação Clínica na assistência do cuidado das condições crônicas na APS;
- ❖ Analisar a articulação com a comunidade, o suporte para o autocuidado apoiado e o suporte à decisão na assistência do cuidado das condições crônicas na APS;
- ❖ Avaliar a integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na assistência do cuidado das condições crônicas pelas equipes de saúde da APS.



REFERENCIAL TEÓRICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento populacional

O Brasil está mudando rapidamente a sua estrutura etária, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida. Essa mudança se faz de forma acelerada (IBGE, 2008). Tais transformações trazem desafios para todos os setores, impondo à necessidade de se repensar a dimensão da oferta de serviços necessários para as próximas décadas. O aumento de idosos na população acarreta aumento da carga de doenças, em especial as DCNT (IBGE, 2008; MENDES, 2012).

Em geral, as DCNT estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização e requerem em um processo de cuidado de intervenções associadas a mudanças de estilo de vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Para sintetizar, as doenças crônicas contam com características específicas que as diferenciam das doenças agudas. A natureza da causa pode ser apresentada por múltiplos fatores, dentre os quais se incluem a hereditariedade, os hábitos diários, os fatores ambientais, fisiológicos e sociais. Dada a sua natureza, duração e ciclo, as DCNT devem ter um manejo efetivo pelo sistema de atenção à saúde, focado em um cuidado de qualidade. Sabe-se que esse tipo de doenças compromete a qualidade de vida a longo prazo por evoluir progressivamente e apresentar-se em indivíduos com idades mais avançadas (GOBIERNO VASCO, 2010; MALTA, 2017).

No mundo, as doenças crônicas são as responsáveis por 63% das mortes, cerca de um terço dos óbitos ocorrem em pessoas com mais 60 anos de idade. Por sua parte, no Brasil, essas doenças correspondem a 72% das causas de morte. Ademais, segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde-PNS (2013), do total

da população adulta do país, que corresponde a mais de 45%, ou seja, 54 milhões de indivíduos relataram pelo menos uma doença crônica (MALTA,2019).

Dentro das doenças crônicas de maior prevalência se encontram as DCNT, que incluem a DM e a HAS. Segundo os dados apresentados pela Federação Internacional de Diabetes, um 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade convive com DM. As tendências atuais persistem, principalmente em países em desenvolvimento, que apresentam cerca de 79% dos casos da população mundial. Estima-se que nos idosos entre 75 e 79 anos de idade a prevalência da DM es de 19,9% em 2019, o prognóstico é que aumente al 20,4% e 20,5% em 2030 e 2045, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Os dados epidemiológicos da HAS estimam que no mundo cerca de 600 milhões de pessoas tenham a doença, com crescimento global de 60% dos casos até 2025. No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos, mais de 60% dos idosos, esta porcentagem encontra-se dividida em diferentes faixas etárias, 60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e ≥ 75 anos, 55% (BRASIL, 2019).

É importante ressaltar que, embora as doenças crônicas sofram períodos agudos, como nos casos de coma diabético, emergência ou crise hipertensiva, e devam ser enfrentados na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas, em redes estruturadas de urgência/emergência, o foco da assistência do cuidado das condições crônicas deve ser centrado nas necessidades pessoais e sociais dos indivíduos. Cabe, portanto, as equipes de profissionais de saúde, que atuam na APS, incentivar e motivar os usuários dos serviços para o autocuidado. (MENDES, 2011, 2015).

3.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma abordagem conceitual

Internacionalmente, tem-se reconhecido a Atenção Primária à Saúde (APS), como uma estratégia de organização da atenção à saúde, voltada para responder de forma organizada, continua e sistematizada às necessidades de saúde da

população, por meio da execução de intervenções preventivas e curativas, na atenção a indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL,2019,2020)

Nesse contexto, foram definidas duas características básicas da APS. A primeira é a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, partindo de bases populacionais, com o objetivo de identificar as necessidades em saúde próprias de cada região. A segunda característica é a integralidade, a fim de fortalecer a devida execução entre as intervenções curativas e preventivas. Mas, os elevados custos dos sistemas de saúde, preocupam a sustentação econômica da saúde dos países, gerando a necessidade de novas formas de organização da atenção à saúde, com custos menores e maior eficiência (BRASIL,2020).

No contexto brasileiro, com a constituição do SUS e sua regulamentação, possibilitaram a construção de uma política de Atenção Básica que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Assim, desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, que define a APS como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL,1988).

Atualmente, a principal estratégia de configuração da APS no Brasil é a Estratégia da Saúde da Família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção, mas em 2019 o Ministério da Saúde lançou uma nova política de financiamento da APS, chamada “Previne Brasil”, essa política, busca sincronia entre o resgate aos princípios historicamente estabelecidos da APS e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem. Dentro dos pontos tratados na política, encontra-se a ampliação de recursos para aumentar o número

de equipes da ESF, no planejamento federal até 2022, a meta é se atingir 50.000 equipes, ou seja, manter e acelerar a expansão das ESF no Brasil (BRASIL, 2019).

Esse novo modelo de financiamento da APS, o Previne Brasil, está em processo de implantação desde o início de 2020. O programa enfrenta o desafio de ampliar o acesso, melhorar a qualidade e trazer mais equidade para APS no país, baseado nas melhores experiências de qualidade da APS no mundo. É um modelo que busca equilibrar valores financeiros referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes da ESF e de APS, com o grau de desempenho assistencial dessas equipes somado a incentivos para ações estratégicas, como ampliação do horário de atendimento e a informatização (BRASIL, 2019).

A proposta do programa tem como princípio fundamental a estruturação de modelo de financiamento que coloca as pessoas no centro do cuidado, a partir de composição de mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. A oferta de atenção de qualidade com equidade é um dos pilares do Previne Brasil e inova ao premiar e reconhecer eficiência e efetividade, sem deixar de primar pelo acesso. Para tanto, apresenta como componentes a capitação ponderada, o pagamento por desempenho, e incentivos para ações estratégicas e populações vulneráveis (BRASIL, 2020).

3.3 Capacidade institucional e o contexto das DCNT na Atenção Primária à Saúde.

A atenção primária é considerada como o nível no sistema de saúde que tem como objetivo a promoção da autonomia das pessoas de forma a propiciar a autogestão da saúde, que impacte nos determinantes e condições de saúde. No Brasil, na década de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) na busca de melhorar a implementação da APS, e após, em 1990, o Ministério da Saúde adota o Programa da Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da atenção primária. O Programa Saúde da Família encontra-se constituído por equipes multiprofissionais que visam desenvolver o trabalho de forma interdisciplinar, na busca de ofertar uma atenção integral, considerando as diferentes realidades e demandas (BRASIL, 2006).

Neste cenário, o contexto brasileiro encontra-se diante dois grandes desafios o rápido processo de envelhecimento e as transformações no panorama epidemiológico, que impõem a necessidade de se repensar a oferta dos serviços em saúde necessários para desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos (LAGOS, 2014; SILVA, 2017,2018). Isto significa que a atenção primária precisa compreender o envelhecimento como um fenômeno que apresenta características individuais, não somente de aspectos biológicos, mas também aspectos que estão relacionados ao modo de vida, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com DCNT à medida que as pessoas envelhecem (BRASIL, 2005; OMS, 2015).

Na procura de melhorar a atenção à saúde para essa faixa etária foram desenvolvidas algumas políticas públicas e legislações, como a Política Nacional do Idoso (PNI) em 1994, o Estatuto do Idoso em 2003 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em 2006, que tem como objetivo central orientar os serviços de atenção primária para que possam proporcionar maior resolutividade às demandas desta população, facilitando a elaboração de estratégias, planejamento e monitoramento e prestação de atenção contínua articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal, principal característica da atenção à saúde nas DCNT (BRASIL, 1994; RAMOS, 2018)

Diante do envelhecimento populacional e o incremento da prevalência das DCNT, é possível apontar a incoerência na resposta de um sistema de saúde fragmentado, voltado para a assistência das condições agudas ou agudizações das condições crônicas. As conseqüências dessa incongruência apresentam-se com deficiências na organização e na prestação de cuidados crônicos às pessoas idosas na APS, uma barreira fundamental para a melhoria da qualidade do cuidado, que ao final de um longo período de tempo determina resultados sanitários e econômicos desfavoráveis (FRANCESCONI et al.,2019; STEY et al.,2010).

Precisa-se de uma atenção primária focada na assistência do cuidado dessas condições, o que significa a mudança do modelo de atenção atual, adotando

modelos de atenção para problemas de saúde de longo prazo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Mediante o exposto, a capacidade institucional de atenção primária à saúde no contexto da assistência do cuidado às DCNT, está definida como a organização para cumprir funções essenciais que caracterizam uma estratégia de atenção para este grupo populacional: a função resolutiva de atender aos problemas mais comuns de saúde nos idosos, a responsabilidade pelo acesso, a qualidade e os custos, a atenção e a prevenção, bem como o tratamento, reabilitação e o trabalho em equipe da ESF. Só será possível organizar a atenção à saúde às pessoas idosas com condições crônicas se a atenção primária estiver capacitada a desempenhar adequadamente essas funções. Só assim ela poderá coordenar as redes de atenção à saúde e constituir a estratégia de reordenamento longitudinal e integral focado na melhoria da qualidade do cuidado das DCNT (BARRETO et al, 2007; MENDES, 2012).

3.4 O Modelo do Chronic Care Model-CCM

Em resposta à elevada prevalência de condições crônicas de saúde e à falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições, principalmente na APS, foi desenvolvido O *Chronic Care Model* (CCM), por Ed Wagner e colaboradores no *MacCollCenter dor Health Care Innovation*, em *Seattle*, Estados Unidos (WAGNER, 1998; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). O CCM é o modelo conceitual mais utilizado para subsidiar o cuidado às pessoas com condições crônicas na atualidade e é a base de expansões ou adaptações subsequentes em uma serie de países, incluindo a estrutura dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas da OMS (*Innovative Care for Chronic Conditions -ICCC*) e o Modelo de Cuidado Crônico Expandido (*Expanded Chronic Care Model*) (BARR et al., 2003).

Inicialmente, seus idealizadores identificaram, por meio da revisão da literatura baseada em evidências, os fatores basilares necessários para alcançar os melhores cuidados prestados a indivíduos que vivenciam uma condição crônica de saúde, sendo eles:

- ❖ Relações contínuas entre usuários e equipe de saúde;
- ❖ Individualização dos cuidados segundo as necessidades dos pacientes;
- ❖ Cuidados que antecipam as necessidades do usuário;
- ❖ Serviços baseados em evidências científicas e cooperação entre os prestadores de cuidado de saúde para melhorar o cuidado das pessoas com condições crônicas (OPREA *et al.*,2010)

Por meio dos resultados encontrados na prática clínica, da opinião de especialistas e das intervenções mais efetivas desenvolvidas em 6 organizações sanitárias dos Estados Unidos, os autores propuseram o modelo em questão, no qual todos os fatores supracitados foram considerados. Ressalta-se que o modelo está projetado para obter cuidados de qualidade elevada, altos níveis de satisfação e melhores resultados clínicos e funcionais por meio de interações produtivas entre pessoas usuárias ativas e informadas e equipes de saúde pró-ativas e preparadas (MENDES,2012; WAGNER, 1998).

Figura 1- Chronic Care Model (CCM)



Fonte: WAGNER, 1998. Autorização de uso de imagem concedida à pesquisadora pelo *American College of Physicians*. Tradução para o português de responsabilidade de Mendes (2015).

Conforme ilustrado na figura 1, o CCM propõe seis elementos essenciais que interagem entre si e que reconhecem a importância de uma articulação entre a comunidade e a organização de saúde para produzir interações e resultados efetivos entre o paciente e os profissionais de saúde. Tudo isso deve pautar-se na

organização da atenção primária em saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte de decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. (MALTA, et al., 2013; MENDES,2012).

Desse modo, tais elementos, uma vez tomados coletivamente, são considerados como uma oportunidade para melhorar a atenção às condições crônicas, sendo usados como guias na qualidade e gestão das DCNT na APS. Além disso, enfatizam a participação, a tomada de decisão e o empoderamento dos usuários como o objetivo principal, responsabilizando o paciente por sua própria saúde (MUSACCHIO et al., 2011).

No contexto dos profissionais em saúde, o modelo busca fomentar a educação contínua, capaz de promover o desenvolvimento de habilidades que permitem o manejo efetivo das DCNT com base na prática baseada em evidências, e gerando a capacidade de identificar e priorizar as necessidades dos usuários, prevenir complicações, monitorar e dar continuidade ao cuidado fornecido (MENDES, 2015). Uma descrição mais detalhada dos elementos do CCM será apresentada no Quadro 2, abaixo:

Quadro 2- Descrição dos elementos que compõem o *Chronic Care Model*

Elemento	Descrição
Organização da atenção à saúde	Objetiva criar cultura, organização e mecanismos que promovam a melhoria de uma atenção planejada, contínua, segura e de alta qualidade. Ao mesmo tempo, a organização deverá possibilitar, as pessoas com condições crônicas, transitar por todos os níveis do sistema e pontos de atenção necessários.
Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	Envolve a forma como os serviços de prestação de cuidados são organizados, compostos e prestados. Pretende assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente, que fomente e apoie o autocuidado, distribuindo papéis e tarefas aos profissionais de saúde e facilitando as interações entre profissionais e usuários, com uma abordagem culturalmente adequada. Portanto, neste elemento, são implementadas as inovações de cuidados que represente uma oportunidade importante para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados de saúde dos utentes.
Suporte à Decisão	Objetiva promover uma atenção à saúde consistente com as diretrizes de prática clínica baseadas em evidências científicas e com as preferências das pessoas usuárias. Estas diretrizes devem ser incorporadas na prática diária dos prestadores de cuidados de saúde, por meio de sistemas de lembretes, alertas e <i>feedback</i> ofertados em tempo real e reforçadas pelo treinamento do provedor, assim como ser compartilhadas com os utentes para incentivar sua participação ativa.

Autocuidado apoiado	Implementação sistemática de intervenções de educação e apoio pela equipe de saúde para aumentar a habilidade e a confiança das pessoas com condições crônicas e seus familiares no manejo de seus problemas de saúde, promovendo uma noção de co-responsabilidade. Assim, ocorre gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.
Sistema de informação clínica	Trata-se de sistema de registro que permite o acesso aos dados da população e das pessoas usuárias, de modo a possibilitar a equipe de saúde identificar indivíduos com necessidades específicas e proporcionar-lhes atenção planejada com coordenação da atenção clínica integral, além de retroalimentar os profissionais sobre seu desempenho e possibilitar a existência de um sistema de alerta.
Recursos da comunidade	Envolve o vínculo com a comunidade e o uso dos recursos comunitários para atender às necessidades de saúde das pessoas. Inclui formação de alianças e parcerias com programas estatais assistenciais, organizações não governamentais, escolas, igrejas, representações de bairros, empresas, voluntários, clubes etc. Por meio dessas parcerias, pode-se melhorar a cobertura e ampliar os serviços de atenção à saúde para além do ambiente clínico.

Fonte: MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012.

A efetividade das práticas baseadas nos princípios do CCM encontram-se descritas na literatura internacional, as quais incluem estudos realizados com condições crônicas, alguns deles, hipertensão arterial (FRANCESCONI et al., 2019; STEY et al., 2010; TURNER et al., 2018); depressão (BAUER et al., 2019; VAEZ et al., 2017); diabetes *Mellitus* (CRAMM et al., 2011; PATEL; PARCHMAN, 2011; SALARI; NIAKAN; GHAZISAEIDI; FATEHI, 2019; SILVA, 2018); HIV (LIDDY et al., 2019); e asma (SCHMITTDIEL, 2006).

O CCM é altamente implementado em diferentes países, como a Alemanha (STEINHAEUSER et al., 2011), a Austrália (SALARI; NIAKAN; GHAZISAEIDI; FATEHI, 2019), o Canadá (LIDDY et al., 2019), a Espanha (ROSETE; NUÑO-SOLINÍS, 2016), os Estados Unidos (TURNER et al., 2018), os Países Baixos (CRAMM; NIEBOER, 2012; LEMMENS et al., 2009, 2011), a Itália (MUSACCHIO et al., 2011), o Reino Unido (BROWNING; THOMAS, 2015) Austrália (BARR et al., 2003), a Suíça (SCHMITTDIEL, 2006), e o Chile (GARRIDO, 2014). O cenário principal da implementação do modelo são os serviços de atenção básica, que busca orientar a assistência do cuidado às pessoas com condições crônicas de saúde de forma organizada, baseadas em evidências e centrada nas necessidades dos indivíduos. Assim, um cuidado integral, em todas as dimensões, de uma equipe multiprofissional nas pessoas com DCNT, mais especificamente da diabetes *mellitus* e/ou da hipertensão arterial, que apresentam maior prevalência (SILVA, 2018).

3.5 O Modelo de Atenção às Condições Crônicas no contexto da Atenção Primária

Mendes (2012) descreve que, a partir das evidências recolhidas na literatura internacional sobre os modelos de atenção à saúde e à singularidade do Sistema Único de Saúde (SUS), foi desenvolvido um modelo de atenção às condições crônicas (MACC) que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro.

O modelo está baseado no CCM, que foi concebido em um ambiente dos sistemas de atenção à saúde dos Estados Unidos marcado pelos valores que caracterizam a sociedade americana. O Ministério de Saúde (2012) ajustou o

modelo orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, agregando outros dois modelos, o Modelo Pirâmide de Risco (MPR) que estratifica a população segundo os riscos e o Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead que permite visualizar as relações hierárquicas entre os diversos determinantes da saúde. Tem-se assim, a adaptação do modelo a um sistema de atenção à saúde público e universal como o SUS.

Por conseguinte, como ilustra a Figura 2, a estrutura do MACC consta de cinco níveis de intervenção de saúde e de três elementos integrados entre si. Na figura à esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na figura à direita, sob influência do modelo de determinação social saúde de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. No meio da figura estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica. (MENDES, 2011; SILVA, 2018).

O lado esquerdo da Figura 2 corresponde aos diferentes substratos de uma população total sob responsabilidade da APS. Essa população e suas subpopulações são cadastradas na ESF e são registradas segundo os diferentes níveis do modelo: o nível 1, a população total e em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários (especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais etc.); o nível 2, as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais): subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, sedentárias, usuárias excessivas de álcool, com alimentação inadequada, sob estresse exagerado e outros; o nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos (com fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros); o nível 4, as subpopulações de

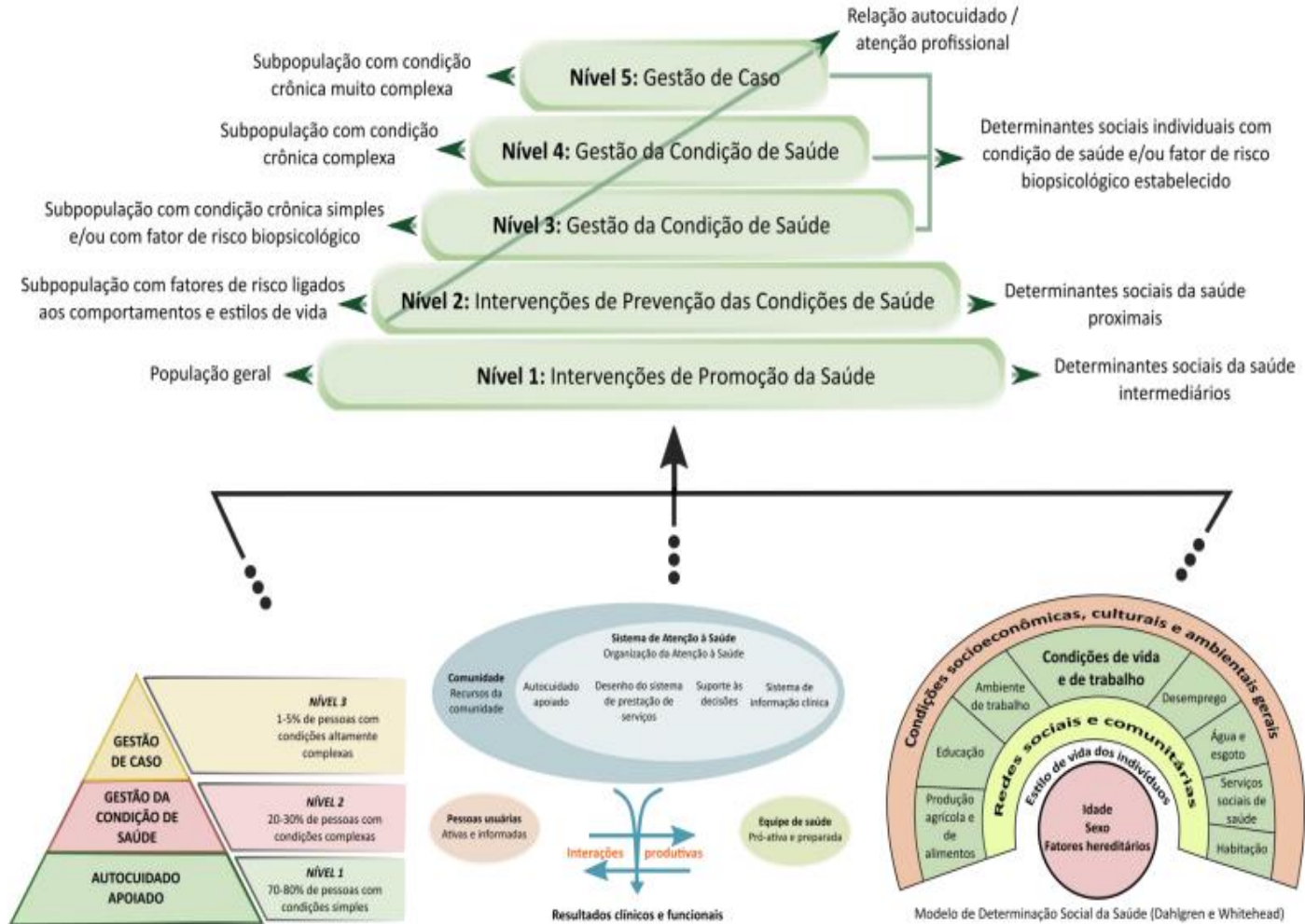
pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas. O conhecimento de sua população pela ESF e sua divisão em subpopulações por diferentes riscos constitui o alicerce da gestão da saúde com base na população (MENDES, 2011; SILVA, 2017).

Seguidamente, ao lado direito da Figura 2 apresentam-se as diferentes intervenções de saúde segundo os determinantes sociais da saúde. A Figura 2 indica as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e os focos prioritários das intervenções sanitárias, que incluem além de ações de promoção da saúde a gestão de caso (MENDES, 2012).

Destaca-se que a utilização do modelo se apresenta no Brasil como uma estratégia de melhoramento na assistência de cuidado às pessoas idosas com condições crônicas na APS em cidades como Curitiba (PR). Dentro dos resultados obtidos no estudo evidenciou-se a necessidade de fortalecer a influência da atenção ofertada, principalmente na autogestão da saúde por parte dos pacientes, assim como a implementação de ações de melhora, o trabalho em equipe, a continuidade do cuidado e o monitoramento de metas, como principais estratégias para melhorar a qualidade de vida nas pessoas que convivem com condição crônica (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016; MENDES, 2015; MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012).

Por outro lado, um estudo desenvolvido em Belo Horizonte (MG) que avaliou a aplicabilidade do modelo na APS, apontou a escassez de medidas de promoção de saúde e prevenção de DCNT, além disso, descreve a necessidade de reforçar a capacitação e treinamento dos profissionais das equipes da ESF. Finalmente, o autor concluiu que a gestão do cuidado na APS precisa ser fortalecida em seu papel de coordenação do cuidado na busca assegurar um cuidado integral à saúde (AGUIAR, 2019)

Figura 2- Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: MENDES, 2011, p. 246.

3.6 Instrumento para medida da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas.

Para avaliar e monitorar a implementação do CCM, os idealizadores do *MacCollInstitute for Health Care Innovation* propuseram um instrumento vinculado aos princípios e elementos norteadores que podem orientar sua adequação em sistemas de atenção à saúde. Esse instrumento é o *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*, ou Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas, na sua tradução para o português. (MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012).

Internacionalmente, o instrumento ACIC foi adaptado semântica e culturalmente por diversos grupos interessados em sua utilização como ferramenta de suporte para o diagnóstico, adequação, monitoramento e avaliação de modelos de atenção às condições crônicas apoiados no *Chronic Care Model* proposto pelo *MacCollInstitute for Health Care Innovation*. No Brasil, o ACIC foi traduzido e adaptado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), em parceria com o Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas, e a Organização Pan-Americana da Saúde, mas ainda não foi concluído o processo de validação (CAVALCANTE; OLIVEIRA; MAMORO, 2016; MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012).

O ACIC permite a avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas e, assim, apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade, nos serviços e na relação com as pessoas usuárias. Esse instrumento, construído com base em evidências, é composto pelos seis elementos essenciais vinculados aos princípios do CCM, e mais um sétimo elemento que considera a integração de seus componentes. O quadro abaixo apresenta os elementos que compõem o CCM, divididos em dimensões que serão avaliadas no ACIC (BONONI, 2002; MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012).

Quadro 3- Dimensões do Assessment of Chronic Illness Care-ACIC

Dimensões	Conceitos
Organização da Atenção à Saúde	A atenção às condições crônicas pode ser mais efetiva se todo o sistema (organização, instituição, unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientado e permita maior ênfase no cuidado às condições crônicas.
Articulação com a comunidade	A articulação entre o sistema de saúde (instituições/unidades básicas de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo de condições crônicas.
Autocuidado Apoiado	O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios do convívio e do tratamento, além de reduzir as complicações e os sintomas da doença.
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.
Desenho do sistema de prestação de serviços	A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às 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, realinhando a oferta do cuidado.
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.
Integração dos Componentes do MACC	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 terapêuticos dos pacientes (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias etc.)

Fonte: MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012.

O questionário é constituído por trinta e seis questões, divididas em sete dimensões que fazem referência aos sete elementos essenciais do MACC(ANEXO A) os profissionais em saúde devem apontar o valor que melhor descreve o nível de atenção praticado na instituição em análise em relação às condições crônicas consideradas. A pontuação mais alta (11) em cada dimensão ou avaliação final indica uma local com recursos e estrutura ótima, ou seja, uma alta capacidade institucional para a atenção às condições crônicas. A menor pontuação possível (0) corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados, ou seja, uma baixa capacidade institucional para a atenção às condições crônicas (BONONI, 2002; MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012).

Em síntese, o questionário enfatiza na capacidade institucional dos serviços de saúde no que se refere à assistência do cuidado às pessoas com DCNT, em aspectos como liderança das equipes de saúde, educação continua dos profissionais, uso dos recursos da comunidade, definição e monitoramento de metas, continuidade do cuidado, autocuidado apoiado, tomada de decisões baseadas na evidência e estimulação da participação ativa dos indivíduos nos seus problemas de saúde (GOMTUBUTRA *et al*, 2012).

Internacionalmente, o ACIC tem sido utilizado como uma ferramenta de suporte para melhorar a qualidade da atenção e o reconhecimento da relação da implementação do CCM, e os benefícios outorgados ao sistema de atenção à saúde. Um exemplo é um estudo realizado no Texas que avalio a organização dos serviços de saúde que atendiam 618 usuários com diagnostico de DM, com o objetivo de relacionar os níveis de hemoglobina A1c nos pacientes e a pontuação do ACIC. Finalmente, encontrou-se uma relação entre o *score* do instrumento e os níveis de A1c, além de identificar atividades de autocuidado como a realização de atividade física nos pacientes (NOEL *et al.*,2014).

Outro estudo, também realizado nos Estados Unidos, utilizou o questionário antes e depois da implementação do CCM com a intenção de avaliar as melhoras na qualidade da atenção prestada em de 17 centros de atenção primária que atendiam indivíduos com doenças cardiovasculares e depressão. O instrumento foi

aplicado após um ano da primeira aplicação, e mostrou que a pontuação geral do ACIC aumentou significativamente (1,4 pontos). Além disso, observou-se a diminuição de eventos cardíacos (LEMMENS, 2008).

De igual forma, nos Países Baixos, devido às múltiplas deficiências no manejo adequado das condições crônicas, o ACIC foi aplicado, em 2009, em diferentes regiões, com a finalidade de identificar as áreas com maior fragilidade na atenção dessas condições. A amostra foi composta por 22 programas de doenças crônicas que incluíram a 218 profissionais da área da saúde. Concluiu-se, à época, que o ACIC se mostrou como um ótimo instrumento para avaliar a organização dos programas de atenção às condições crônicas e a criação de um plano de melhoramento nos serviços de saúde (CRAMM et al, 2011).

Na Austrália, os indígenas experimentaram uma prevalência desproporcionalmente alta de morbimortalidade por doenças crônicas como diabetes, doença renal e doenças cardiovasculares, de modo que surgiu a necessidade de compreender como os sistemas de atenção primária estão organizados para prestar assistência de cuidado às condições crônicas. A amostra do estudo foi constituída por 12 centros de saúde e o ACIC foi aplicado nos profissionais encarregados de prover o cuidado nessa comunidade. Os resultados mostraram a necessidade de aperfeiçoamento dos atuais sistemas de atenção primária à saúde, não apenas aumentando os recursos financeiros, de pessoal e outros, mas também buscando implementar melhorias e inovações de gerenciamento (SI et al., 2008).

Conforme mencionado anteriormente, numerosas investigações realizadas nos Estados Unidos e na Europa concluem que o ACIC é um instrumento cuja eficácia tem sido comprovada, permitindo identificar, além das áreas que necessitam de empreender melhorias, mas também o grau em que as mudanças podem ser incorporadas ((CRAMM et al, 2011; LAGOS, 2014).



METODOLOGJA

4.METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal na abordagem quantitativa. Esta investigação compõe a segunda fase do estudo intitulado *Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão atendida na Atenção Primária à Saúde* (SILVA, 2018), conforme já descrito anteriormente. Nesses estudos, as medições são feitas em um único momento, não existindo, portanto, períodos de seguimento.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais (Figura 3), que corresponde a uma das nove regiões da organização político-administrativa do município, que inclui 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujas áreas de abrangência são estabelecidas com base nos setores censitários contíguos, considerando barreiras geográficas, malha viária e população residente (BELO HORIZONTE,2016).

Figura 3-Distrito Sanitário Noroeste e seus territórios de gestão compartilhada



Fonte: PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013

4.3 Amostra

Atualmente, a região Noroeste de Belo Horizonte conta com 16 UBS e com um total de 66 equipes da ESF, que deveriam estar compostas por pelo menos um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários, mas nem sempre estão completas.

O universo correspondeu a todas as equipes da ESF que realizavam atividades na regional Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão só em 40 das equipes os membros cumpriam os mesmos, o que levou a exclusão de 26 equipes. Das 40 equipes selecionadas, cinco fizeram parte da prova piloto realizada para avaliar a aplicabilidade do instrumento. O total de equipes que participaram no estudo foram 35, optou-se pela realização de um censo pelo fato de contar com um número menor de equipes, obtendo-se assim o quantitativo final de profissionais incluídos no estudo (n= 193).

4.4 Critérios de inclusão

- ❖ Médicos e enfermeiros com um mínimo de tempo de trabalho de seis meses de atuação na atenção primária;
- ❖ A equipe deveria incluir no mínimo dois profissionais de saúde na sua composição

4.5 Critérios de exclusão

- ❖ Equipes de saúde da família incompletas e aquelas nas quais os profissionais médicos e enfermeiros estivessem afastados, por qualquer motivo (férias e licença);
- ❖ Equipes cujos profissionais não aceitaram participar da pesquisa.

4.6 Instrumento de coleta de dados

Para responder ao objetivo da pesquisa, foi aplicado o instrumento *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*, em sua versão adaptada e traduzida para o português brasileiro (GOMTUBUTRA *et al*, 2012). O questionário é constituído por 36 questões e 7 dimensões, sendo elas: Organização da Atenção à Saúde (Q1-Q6), Articulação com a Comunidade (Q7-Q10), Autocuidado Apoiado (Q11-Q14), Suporte à Decisão (Q15-Q18), Desenho do Sistema de Prestação de

Serviços (Q19-Q24), Sistema de Informação Clínica (Q25-Q30), Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Q31-Q36) (GOMTUBUTRA *et al*, 2012).

O instrumento apresenta aspectos fundamentais da atenção às condições crônicas, cada um demonstrando os vários estágios na melhoria da atenção às condições crônicas. Os entrevistados devem dar apenas uma resposta para cada estágio, os quais são representados em níveis D, C, B ou A e os valores vão de 0 a 11. Sendo 0,1 e 2 o nível D, 3,4,5 o nível C, 6,7,8 o nível B, e 9,10 e 11 o nível A. A pontuação média geral do ACIC é obtida pela soma dos valores de cada sessão que o constitui. Os valores mais baixos expressam capacidades institucionais menores, e, os mais altos, capacidades institucionais maiores de atenção às condições crônicas.

A escolha desse questionário é justificada pela literatura científica, que demonstrou uma boa resposta na avaliação da qualidade na assistência do cuidado às pessoas que vivenciam problemas de saúde crônicos (CALVANTE, 2016; CRAMM, 2011; CRAMM, 2018; GOMTUBUTRA *et al*, 2012; MENDES, 2012; OLIVEIRA, 2016; POLLY, 2014; SI *et al*, 2008).

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2019, e constou de três etapas distintas e encontra-se descrita a seguir:

Etapla 1: Aproximação com os gestores e as equipes de saúde da família das unidades básicas de saúde da Regional Noroeste de Belo Horizonte

Esta etapa iniciou por meio do contato com o local do estudo e as equipes da saúde da família das 16 unidades básicas de atenção da região noroeste de Belo Horizonte. Inicialmente fizemos uma lista com os contatos de todos os gerentes de unidades e iniciamos os contatos por telefone, com o propósito de marcar os encontros e apresentar o projeto. Desde o início do estudo contamos com o apoio de uma bolsista de iniciação científica do 6º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), previamente treinada.

Posteriormente à reunião com os gerentes, foram marcadas as datas para a aplicação do ACIC com os profissionais das equipes que atendiam os critérios exigidos.

Etapa 2: Realização do teste piloto da aplicabilidade do ACIC

Antes do início da coleta de dados para o estudo, foi realizado um teste piloto para avaliar a aplicabilidade do instrumento na população de estudo com 31 participantes pertencentes a 5 equipes de diferentes UBS da regional Noroeste de Belo Horizonte. O resultado do estudo piloto indicou aspectos referentes ao tempo de aplicação do questionário que teve uma média de 47 minutos, e ao uso de linguagem compreensível e claro para os participantes. No final da prova, constatou-se que o instrumento era incompreensível para alguns participantes, com o objetivo de que o instrumento fosse compreensível para o total dos participantes, foi criado um PROBE, na busca do direcionamento e clareza do conteúdo do instrumento, para assim alcançar os objetivos propostos.

Etapa 3: Aplicação do instrumento ACIC.

Para responder ao objetivo da pesquisa, foi aplicado o instrumento *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC), em sua versão adaptada e traduzida para o português brasileiro (GOMTUBUTRA *et al*, 2012).

Inicialmente foi apresentado o projeto aos membros de cada equipe, e posteriormente se realizou a leitura, aceitação e assinatura do TCLE por cada participante. Seguido à distribuição do instrumento para cada profissional procedeu-se à explicação do preenchimento do instrumento. Pela complexidade do instrumento, foi necessário aplicá-lo de maneira individual, por meio de entrevistas aos integrantes das equipes de saúde que fizeram parte do estudo.

Direcionou-se aos entrevistados para dar apenas uma resposta para cada estágio, os quais são representados em níveis D, C, B ou A e os valores vão de 0 a 11. Sendo 0,1 e 2 o nível D, 3,4,5 o nível C, 6,7,8 o nível B, e 9,10 e 11 o nível A. A pontuação média geral do ACIC é obtida pela soma dos valores de cada sessão que o constitui. Os valores mais baixos expressam capacidades

institucionais menores, e, os mais altos, capacidades institucionais maiores de atenção às condições crônicas.

4.6 Variáveis do estudo

O estudo incluiu variáveis dependentes e independentes, conforme descrito no Quadro 4 e 5

Quadro 4- Variáveis do estudo

Independentes	Dependentes
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sexo ➤ Idade ➤ Profissão ➤ Especialização na área ➤ Nível de formação ➤ Tempo de exercício profissional ➤ Tempo de exercício profissional com doenças cardiovasculares 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organização da atenção à saúde ➤ Articulação com a comunidade ➤ Autocuidado apoiado ➤ Suporte à decisão ➤ Desenho do sistema de prestação de serviços ➤ Sistema de informação clínica ➤ Integração dos componentes do MACC

Fonte: Da autora (2019).

Quadro 5- descrição das variáveis do estudo do instrumento *Assessment of Chronic Illness Care –ACIC*.

Variável	Descrição\ Variáveis	Categoria
Sexo	Sexo	1-Feminino 2-Masculino
Idade	Idade (anos)	1-Menos de 20 anos 2- De 20 a 40 anos 3- De 40 a 60 anos 4-Mais de 60 anos
Profissão	Trabalho atual	1-Medico 2-Enfermeiro 3-Tecnico de Enfermagem 4- Auxiliar de Enfermagem 5-Agente comunitário de saúde
Especialização na área	Especialização na área das condições crônicas	1-Sim 2-Não 3-Não tem aplicabilidade
Tempo de exercício profissional	Tempo de exercício profissional	1-Menos de 1 ano 2-De 1 a 5 anos 3-De 5 a 10 anos 4-Mais de 10 anos
Tempo de exercício profissional com doenças cardiovasculares	Tempo de exercício profissional com doenças cardiovasculares	1-Menos de 1 ano 2-De 1 a 5 anos 3-De 5 a 10 anos 4-Mais de 10 anos

Organização da Atenção à Saúde	<p>OAS1-Liderança Organizacional do Sistema;</p> <p>OAS 2-Metas Organizacionais;</p> <p>OAS 3-Estratégias para a melhoria da atenção;</p> <p>OAS 4-Regulação e incentivos para a atenção;</p> <p>OAS 5-Liderança da instituição;</p> <p>OAS 6-Benefícios e incentivos.</p>	Pontuação de 0 A 11
Articulação com a Comunidade	<p>ACC 1- Articulação das instituições de saúde e os usuários com os recursos da comunidade;</p> <p>ACC 2- Parcerias com organizações comunitárias;</p> <p>ACC 3- Função do Conselho Local de Saúde</p> <p>ACC 4- Agente Comunitário de Saúde</p>	Pontuação de 0 A 11
Autocuidado Apoiado	<p>ACA 1-Avaliação e documentação das necessidades de autocuidado;</p> <p>ACA 2- Suporte para Autocuidado Apoiado;</p> <p>ACA 3-Acolhimento das preocupações dos pacientes e familiares;</p> <p>ACA 4-Intervenções efetivas de mudança de comportamento e grupos de apoio.</p>	Pontuação de 0 A 11
Suporte à Decisão	<p>SAD 1-Diretrizes clínicas baseadas em evidência;</p> <p>SAD 2-Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária;</p> <p>SAD 3-Educação permanente dos profissionais para a Atenção às doenças crônicas;</p> <p>SAD 4-Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas.</p>	Pontuação de 0 A 11
Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	<p>DSPTS 1-Trabalho em equipe;</p> <p>DSPTS 2- Lideranças das equipes de saúde;</p> <p>DSPTS 3- Sistema de agendamento;</p> <p>DSPTS 4- Monitoramento da condição crônica;</p>	Pontuação de 0 A 11

	<p>DSPTS 5- Atenção programada;</p> <p>DSPTS 6- Continuidade do cuidado entre a atenção primaria e especialistas;</p>	
Sistema de Informação Clínica	<p>SIC 1-Construção do prontuário clínico eletrônico;</p> <p>SIC 2-Registro das pessoas usuárias por condição crônica e estrato de risco;</p> <p>SIC 3-Alertas para os profissionais;</p> <p>SIC 4-Feedbacks para a equipe de saúde;</p> <p>SIC 5-Informação relevante sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias;</p> <p>SIC 6-Planos de cuidado das pessoas usuárias.</p>	Pontuação de 0 A 11
Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas	<p>IMACC1-Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas;</p> <p>IMACC 2-Informações dos registros\ sistemas de informação;</p> <p>IMACC 3- Feedbacks para a Unidade de Saúde dos programas comunitários;</p> <p>IMACC 4-Programação local das condições crônicas;</p> <p>IMACC 5-Monitoramento das metas dos planos de cuidado;</p> <p>IMACC 6-Diretrizes para a atenção às doenças crônicas.</p>	Pontuação de 0 A 11

Fonte: Da autora (2019).

O quadro 6 apresenta os escores referentes a interpretação dos resultados obtidos por meio da aplicação do ACIC.

Quadro 6- Interpretação dos resultados do instrumento *Assessment of Chronic Illness Care –ACIC*.

Pontuações	Interpretação
“0 a 2”	Capacidade limitada para a atenção às condições crônicas
“3 a 5”	Capacidade básica para a atenção às condições crônicas
“6 a 8”	Razoável capacidade para a atenção às condições crônicas
“9 a 11”	Capacidade ótima para a atenção às condições crônicas

Fonte: COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016.

4.8 Aspectos ético-legais

A pesquisa atendeu às normas estabelecidas na Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foram respeitados todos os critérios de pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2013). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, por meio da Plataforma Brasil, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 40213814.3.0000.5149, aprovado pelo Parecer nº. 991.163. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.9 Análise de dados

Os dados foram tabulados no programa estatístico StatisticalPackage for the Social Sciences para Windows versão 22.0. (SPSS). Inicialmente, foi realizada a análise descritiva dos dados para caracterizar a população de estudo com a utilização das frequências absolutas e relativas.

Para testar a normalidade das variáveis utilizou-se o teste Kolmogorov – Smirnov. Uma vez que as variáveis contínuas apresentaram distribuição normal foram realizadas as comparações múltiplas com o teste ANOVA, além foi testada a homogeneidade das variâncias com o teste Levene e, finalmente foi utilizado o teste T3 de Dunnett para comparações múltiplas das variâncias



RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados em três tópicos: a distribuição e caracterização dos profissionais das equipes da ESF participantes do estudo, avaliação da capacidade institucional com os escores do ACIC geral e análise das dimensões que avaliam a capacidade institucional na atenção as DCNT no instrumento ACIC por cada UBS da regional.

5.1 Distribuição e caracterização dos profissionais das equipes da ESF participantes do estudo

Como apresenta o Quadro 7, houve um total de 13 UBS, 35 equipes da ESF e 193 profissionais. A maior quantidade de equipes (n=5) e profissionais que participaram esteve na UBS F (n=23).

Quadro 7- Distribuição do número de participantes das equipes da ESF por UBS, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Nº	Unidade Básica de Saúde	Número de equipes da ESF	Número de participantes
1	SAM BOSCO	03	15
2	CALIFORNIA	03	16
3	JOÃO PINHEIRO	03	18
4	JARDIM MONTANHÊS	03	16
5	PINDORAMA	02	10
6	ERMELINDA	05	23
7	GLORIA	03	19
8	SATOS ANJOS	02	11
9	DOM CABRAL	02	13
10	BOM JESUS	02	09
11	SÃO CRISTOVÃO	02	14
12	PADRE EUSTAQUIO	03	16
13	JARDIM FILADELFIA	02	10
Total	13	35	193

Fonte: Da autora (2019).

Tabela 1- Distribuição dos participantes das equipes da Estratégia da Saúde da Família segundo as variáveis sociodemográficas, regional Noroeste, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	n	%	Media (DP) Mín- Máx)
Sexo			
Feminino	167	86,5	
Masculino	26	13,5	
Idade			
Menos de 20 anos	12	6,9	
De 20 a 40 anos	79	40	
De 40 a 60 anos	48	24,3	
Mais de 60 anos	58	29,4	
			40,96±11,15 (19-72)
Profissão			
Enfermeiro	35	19,4	
Medico	35	19,4	
Tec. de Enfermagem	22	11,3	
Aux. De Enfermagem	2	1,0	
ACS	99	51,2	
Especialização na área			
Sim	49	21,8	
Não	43	24,9	
Não tem aplicabilidade	100	53,3	
Tempo de exercício profissional			
Menos de 1 ano	2	1,5	
De 1 a 5 anos	28	14,2	
De 5 a 10 anos	37	18,8	
Mais de 10 anos	129	66	
			65,2± 2,15 (1-128)
Tempo de exercício profissional com pessoas em condições crônicas			
Menos de 1 ano	3	1,5	
De 1 a 5 anos	28	14,2	
De 5 a 10 anos	39	19,8	
Mais de 10 anos	123	64,5	
			64,8± 1,91 (2-122)

Fonte: Da autora (2019).

A amostra foi constituída por 193 profissionais das equipes da ESF, sendo o 86,5% do sexo feminino. A maior porcentagem dos participantes encontra-se na faixa etária de 20 a 40 anos 40% (n= 79). Quanto à profissão, a maior proporção correspondeu aos agentes comunitários de saúde com 51,2% (n=99), pelo fato de ter maior quantidade dessa categoria de profissionais nas equipes, seguidos dos médicos (as) e os enfermeiros (as) cada categoria apresenta uma porcentagem de 19,4%; (n=35), em menor proporção os técnicos e auxiliares de enfermagem com um total de 12,2% (n= 24). Em relação à especialidade, 21,8% (n=49) possuíam especialização na área das DCNT. No parâmetro de tempo de exercício profissional, o estudo revelou que o tempo mínimo em anos de trabalho foi menos de um ano só um 5% (n=2); e um máximo de mais de 10 anos de exercício profissional com um 66% (n=129). Por outro lado, a maior porcentagem dos profissionais 64,5% (n= 123) tem um tempo maior a 10 anos de trabalho com DCNT (Tabela 1).

5.2 Avaliação da capacidade institucional com os escores do ACIC geral

Os resultados das avaliações de cada dimensão do instrumento, apresentaram uma média acima de 6, exceto as dimensões Suporte à Decisão e Integração do Componentes do MACC. Essas duas últimas dimensões apresentaram uma diferença significativa em relação às outras, com uma média de 5,81 (IC95% 5,52-6,11) e 5,78 (IC95% 5,47-6,08). A média mais alta para o total dos participantes foi para a dimensão do Autocuidado Apoiado 7,08 (IC95% 6,78-7,38) (Tabela 2).

Tabela 2- Avaliação obtida em cada dimensão do instrumento ACIC proporcionadas pelas equipes da ESF, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Dimensões	Média	D.P	I.C.-95%		Min.	Max.
			Inf.	Sup.		
Organização da Atenção à Saúde	6,16	1,69	5,92	6,40	2,16	11,00
Articulação com a Comunidade	6,81	1,84	6,55	7,07	2,75	11,00
Autocuidado Apoiado	7,08	2,10	6,78	7,38	1,75	11,00
Suporte à Decisão	5,81	2,04	5,52	6,11	0,75	10,25
Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	7,52	1,81	7,27	7,78	2,00	11,00
Sistema de Informação Clínica	6,31	2,02	6,02	6,59	1,00	11,00
Integração dos Componentes do MACC	5,78	2,16	5,47	6,08	0,50	11,00
TOTAL	6,49	2,08	6,10	6,76	0,50	11,00

Fonte: Da autora (2019)

A Tabela 3 apresenta a média dos escores obtidos em cada dimensão e componente do instrumento ACIC. Na análise de cada componente das dimensões, observou-se que a dimensão da Organização da Atenção à Saúde, que define que o manejo de políticas e programas de condições crônicas é mais efetivo se todo o sistema no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado às DCNT, apresentou a média mais alta no componente: Liderança superior da organização 6,97, e a menor média foi para o componente: Interesse da liderança organizacional 5,13 (IC95% 5,41-6,05). A segunda dimensão que faz referência à Articulação com a Comunidade com o sistema de saúde tem um importante papel na gestão das DCNT, teve a média mais alta no componente: Agente comunitário de saúde 8,59, o componente: Parcerias com organizações comunitárias apresentou a menor média 6,33 (IC95% 5,92-6,75)

Tabela 3- Avaliação dos componentes de cada dimensão do ACIC para a atenção às condições crônicas, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Dimensões	Componentes	Média	D.P	I.C.-95%		Min.	Max.
				Inf.	Sup.		
Organização da Atenção à Saúde	1-Interesse da liderança	5,13	2,23	5,41	6,05	0,00	11,00
	2-Metas organizacionais	6,02	2,37	5,68	6,35	1,00	11,00
	3-Estratégias para melhoria	5,99	2,53	5,63	6,36	0,00	11,00
	4-Regulação e incentivos	6,06	2,34	5,72	6,39	0,00	11,00
	5- Liderança superior	6,97	2,16	6,66	7,28	1,00	11,00
	6-Benefícios e incentivos	6,30	2,15	6,00	6,61	0,00	11,00
Articulação com a Comunidade	1-Articulação com os recursos comunitários	6,43	2,52	6,07	6,79	0,00	11,00
	2- Parcerias com organizações comunitárias	6,33	2,92	5,92	6,75	0,00	11,00
	3- Conselho Local de Saúde.	6,36	2,27	6,04	6,69	2,00	11,00
	4- Agente Comunitário de Saúde	8,59	2,02	8,30	8,88	2,00	11,00
Autocuidado Apoiado	1-Avaliação e documentação	7,27	2,52	6,92	7,63	0,00	11,00
	2-Suporte para Autocuidado	6,93	2,57	6,56	7,29	0,00	11,00
	3-Acolhimento das preocupações	7,09	2,43	6,74	7,43	0,00	11,00
	4- Intervenções efetivas	7,09	2,71	6,70	7,47	0,00	11,00
Suporte à Decisão	1-Diretrizes clínicas	6,98	2,44	6,63	7,33	0,00	11,00
	2- Envolvimento de especialistas na APS	5,37	3,02	4,94	5,80	0,00	11,00
	3-Educação permanente	5,05	2,83	4,64	5,45	0,00	11,00
	4-Informação às pessoas sobre diretrizes clinicas	5,91	2,77	5,51	6,30	0,00	11,00

Desenho do	1-Trabalho em equipe	7,76	2,28	7,43	8,08	0,00	11,00
Sistema de	2-Liderança das equipes	7,64	2,56	7,27	8,00	0,00	11,00
Prestação de	3-Sistemas de agendamento	8,02	2,11	7,72	8,32	0,00	11,00
Serviços	4-Monitoramento	7,48	2,39	7,14	7,82	0,00	11,00
	5-Atenção programada	7,83	2,68	7,45	8,22	0,00	11,00
	6-Continuidade do cuidado	6,56	2,32	6,23	6,89	0,00	11,00
Sistema de	1-Prontuário clínico eletrônico	6,91	2,59	6,54	7,27	2,00	11,00
Informação	2-Registros das pessoas usuárias	6,52	2,93	6,10	6,93	0,00	11,00
Clínica	3-Alertas para os profissionais	4,88	3,39	4,40	5,36	0,00	11,00
	4-Feedbacks para as equipes	5,68	2,87	5,28	6,09	0,00	11,00
	5-Informação sobre subgrupos	6,93	2,48	6,58	7,28	0,00	11,00
	6-Plano de cuidado	6,60	2,59	6,23	6,97	0,00	1,00
Integração dos	1-Informação às pessoas sobre as diretrizes	5,67	2,62	5,30	6,04	0,00	11,00
Componentes	2-Sistema de informação\ Registro clínico	5,84	2,68	5,46	6,23	0,00	11,00
do MACC	3-Programas comunitários	5,11	2,80	4,71	5,51	0,00	11,00
	4-Programação local	5,53	2,83	5,13	5,94	0,00	11,00
	5-Monitoramento das metas	6,51	2,73	6,12	6,90	0,00	11,00
	6-Diretrizes clínicas	6,14	2,63	5,77	6,51	0,00	11,00

Fonte: Da autora (2019)

A avaliação que obteve o maior escore na dimensão Autocuidado Apoiado efetivo que propõe ajudar às pessoas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica foi para o componente: Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado 7,27. Com um escore mais baixo foi avaliado o componente: Suporte para o autocuidado apoiado com uma média de 6,93 (IC95% 6,56-7,29).

Na dimensão que faz referência ao Suporte à Decisão como a base no manejo efetivo das condições crônicas, fundamentado nos protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidencia, assim como o envolvimento de especialistas nas estratégias efetivas do cuidado, nota-se que a média mais alta está no componente: Diretrizes clínicas baseada em evidência com 6,98. O escore mais baixo que arrojou o instrumento nesta dimensão foi para o componente: Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas com 5,05 (IC95% 4,64-5,45).

A dimensão do Desenho do Sistema de Prestação de Serviços, define que os princípios fundamentais na gestão efetiva da atenção às condições crônicas estão focados em mudanças na organização do sistema, teve a média mais alta no componente: sistema de agendamento com 8,2, e a menor pontuação esteve associada ao componente: continuidade do cuidado com 6,56 (IC95% 6,23-6,89). A melhor avaliação na dimensão Sistemas de Informação Clínica, que inclui obter informação útil e oportuna, individualizada, por pessoa e por populações usuárias com doenças crônicas, foi para o componente: Informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias 6,93. Com um escore mais baixo foi avaliado o componente: Alertas para os profissionais com uma média de 4,88 (IC95% 4,40-5,36).

O escore mais baixo identificado pelo instrumento foi para a dimensão que avalia a Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, como a capacidade dos serviços de saúde para integrar e combinar todos os elementos do modelo, a avaliação mais alta desta dimensão, concentrou-se no componente: monitoramento das metas dos planos de cuidado 6,51 e, nota-se que

o componente: programas comunitários mostra a menor pontuação 5,11 (IC95% 4,71-5,51) (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta a média dos escores obtidos por cada categoria profissional, referente à percepção dos participantes em relação à capacidade institucional para a atenção às condições crônicas, segundo as dimensões do ACIC. Como pode se observar na Tabela 4, os profissionais médicos tiveram uma média de pontuação geral do ACIC de 5,81, que avalia a atenção às condições crônicas no local de trabalho com capacidade básica para a atenção dessas condições, uma das dimensões melhor avaliada foi o Desenho do Sistema de Prestação de Serviços com 6,92; as dimensões com escores mais baixos foram o a Sistema de Informação Clínica 5,35 e a Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas 4,83.

Por outro lado, os enfermeiros avaliaram de forma geral a capacidade institucional razoável para a atenção às condições crônicas com uma média de 6,12, as dimensões que tiveram avaliações mais altas foram Desenho do Sistema de Prestação de Serviços com 7,47 e o Autocuidado Apoiado com uma média de 6,85, sendo as dimensões com menor escore a Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas com 5,34, e Suporte à Decisão com 5,33.

Os técnicos de enfermagem avaliaram ao igual que os enfermeiros o local de trabalho com uma capacidade razoável para a atenção às condições crônicas com uma média total de 6,76, as dimensões com maiores escores foram Desenho do Sistema de Prestação de Serviços com uma média 7,70 e o Autocuidado Apoiado com 7,18; os escores mais baixos apresentaram-se nas dimensões Suporte à Decisão 6,43 e a Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas com média de 6,21.

Tabela 4- Avaliação de cada dimensão do ACIC para a atenção às condições crônicas, segundo as categorias de profissionais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Dimensões/ Profissão	Medico (n=35)		Enfermeiro (n=35)		Tec. Enf (n=22)		Aux. Enf (n=02)		ACS (n=99)		TOTAL (n=193)	
	Média	D.P	Média	D.P	Média	D.P	Média	D.P	Média	D.P	Média	D.P
Organização da Atenção à Saúde	5,66	1,44	5,93	1,81	6,52	1,49	4,66	1,41	6,37	1,73	6,12	1,62
Articulação com a Comunidade	6,24	1,60	6,30	1,80	6,83	1,47	6,87	0,17	7,19	1,95	6,84	1,86
Autocuidado Apoiado	6,60	2,15	6,85	1,93	7,18	1,75	6,12	1,23	7,08	2,10	7,16	2,00
Suporte à Decisão	4,73	1,90	5,33	1,89	6,43	2,01	6,50	1,41	6,22	2,00	5,93	2,02
Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	6,92	1,67	7,47	1,75	7,70	1,87	7,16	1,41	7,72	1,86	7,50	1,74
Sistema de Informação Clínica	5,35	2,06	6,04	1,80	6,63	1,91	4,83	0,94	6,69	2,01	6,23	2,0
Integração dos Componentes do MACC	4,83	1,96	5,34	1,91	6,21	2,06	4,00	0,70	6,21	2,23	5,78	2,11'
TOTAL	5,81	1,72	6,12	1,55	6,76	2,04	5,75	1,66	6,77	2,00	6,23	1,56

Fonte: Da autora (2019).

Por sua parte, os auxiliares de enfermagem deram uma pontuação média ao ACIC de 5,7, ou seja, avaliaram a capacidade institucional para a atenção às condições crônicas como básica, as pontuações mais altas foram para Desenho do Sistema de Prestação de Serviços 7,16 e Articulação com a Comunidade 6,87; as menores pontuações incluem a Organização da Atenção à Saúde 4,66 e a Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas com 4,00.

Finalmente, o Agente Comunitário de Saúde avaliou a capacidade institucional como razoável para a atenção às condições crônicas com uma média total do ACIC de 6,77, dimensões como o Desenho do Sistema de Prestação de Serviços com 7,72 e a Articulação com a Comunidade 7,19 foram as melhor avaliadas; ao contrário, a Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas com 6,21 e Suporte à Decisão com uma média de 6,22, foram as dimensões com menor pontuação (Tabela 4).

5.3 Análise das dimensões que avaliam a capacidade institucional na atenção as DCNT no instrumento ACIC por cada UBS da regional.

As análises descritivas e comparações múltiplas de cada dimensão do instrumento ACIC nas UBS que fizeram parte do estudo serão apresentadas nas tabelas abaixo:

Tabela 5- Avaliação da dimensão da Organização da Atenção à Saúde do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Dimensão	UBS	n	Média	D.P	I.C.-95%		Valor- p1
					Inf	Sup	
Organização da Atenção à Saúde	Sam Bosco	03	6,89	1,80	6,02	7,76	
	Califórnia	03	6,01	1,47	5,23	6,80	
	João Pinheiro	03	5,02	1,23	4,41	5,64	
	Jardim Montanhês	03	5,10	2,33	3,85	6,34	
	Pindorama	02	7,26	0,89	6,62	7,89	
	Ermelinda	05	6,36	1,52	5,70	7,02	
	Gloria	030	5,71	0,83	5,31	6,12	< 0,001
	Santos Anjos	2	5,26	1,67	4,08	6,47	
	Dom Cabral	02	6,91	0,30	6,73	7,01	
	Bom Jesus	02	6,40	1,39	5,32	7,47	
	São Cristóvão	02	5,85	1,22	5,14	6,56	
	Padre Eustáquio	03	6,37	1,83	5,39	7,34	
	Jardim Filadélfia	02	7,86	2,42	6,12	9,59	
Total	35	193	6,16	1,69	5,92	6,40	

Fonte: Da autora (2019).

Nota: Teste de Levene, valor- p = 0,05

Em relação à dimensão da Organização da Atenção à Saúde para a atenção às DCNT (Tabela 5), revela a maior média nas UBS Jardim Filadélfia 7,86, e Pindorama 7,26. Os participantes da UBS João Pinheiro e Jardim Montanhês tiveram uma tendência a atribuir menores escores à dimensão em comparação às demais UBS e deram uma média de 5,02 e 5,10 (IC95% 4,41-5,64) (IC95% 3,85-6,34) respectivamente.

Tabela 6- Avaliação da dimensão da Articulação com a Comunidade do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Dimensão	UBS	n	Média	D.P	I.C.-95%		Valor- p1
					Inf.	Sup.	
Articulação com a Comunidade	Sam Bosco	03	7,26	1,70	6,44	8,08	0,001
	Califórnia	03	7,76	1,75	6,83	8,70	
	João Pinheiro	03	5,91	0,65	5,58	6,23	
	Jardim Montanhês	03	6,42	1,99	5,36	7,48	
	Pindorama	02	8,80	1,35	7,83	9,76	
	Ermelinda	05	6,71	1,72	5,97	7,46	
	Gloria	03	6,78	1,52	6,05	7,51	
	Santos Anjos	02	4,37	1,39	3,38	5,36	
	Dom Cabral	02	7,15	2,23	5,80	8,50	
	Bom Jesus	02	7,02	1,65	5,75	8,29	
	São Cristóvão	02	6,94	1,81	5,89	7,99	
	Padre Eustáquio	03	6,01	1,27	5,33	6,69	
Jardim Filadélfia	02	7,94	2,07	6,45	9,42		
Total	35	193	6,81	1,84	6,55	7,07	

Fonte: Da autora (2019).

Nota: Teste de Levene, valor- p = 0,05

As UBS Pindorama e Jardim Filadélfia apresentaram avaliações maiores na dimensão da Articulação com a Comunidade, arrojaram uma média de 8,80 e 7,94. Na Tabela 6 pode se observar que os profissionais da UBS Santos Anjos avaliaram com um escore mais baixo a dimensão respeito as outras UBS 4,37 (IC95% 3,38-5,36).

Tabela 7-Avaliação da dimensão o Autocuidado Apoiado do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Dimensão	UBS	n	Média	D.P	I.C.-95%		Valor- p1
					Inf.	Sup.	
Autocuidado Apoiado	Sam Bosco	03	7,36	1,99	6,40	8,33	
	Califórnia	03	7,06	1,71	6,14	7,97	
	João Pinheiro	03	7,11	1,08	6,56	7,65	
	Jardim Montanhês	03	5,07	2,81	3,57	6,57	
	Pindorama	02	8,35	1,33	7,39	9,30	
	Ermelinda	05	8,64	1,37	8,04	9,23	
	Gloria	03	6,63	1,66	5,83	7,43	<0,001
	Santos Anjos	02	5,47	2,00	4,04	6,90	
	Dom Cabral	02	7,09	3,70	4,85	9,33	
	Bom Jesus	02	6,52	1,27	5,55	7,50	
	São Cristóvão	02	7,57	1,75	6,55	8,58	
	Padre Eustáquio	03	6,60	1,33	5,89	7,32	
Jardim Filadélfia	02	7,97	1,69	6,76	9,18		
Total	35	193	7,08	2,10	6,78	7,38	

Fonte: Da autora (2019).

Nota: Teste de Levene, valor- p = 0,05

Ao analisar os escores da dimensão do Autocuidado Apoiado para a assistência do cuidado às DCNT nas UBS da regional, ressalta-se que as UBS Ermelinda e Jardim Filadélfia apresentam a maior média 8,64 e 7,97 com relação às outras. Também, verificou-se que os profissionais das equipes da UBS Jardim Montanhês apresentaram menores scores na dimensão 5,07 (IC95% 3,57-6,57) (Tabela 7)

Tabela 8-Avaliação da dimensão do Suporte à Decisão do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Dimensão	UBS	n	Média	D.P	I.C.-95%		Valor- p1
					Inf	Sup	
Suporte à Decisão	Sam Bosco	03	6,60	2,24	5,52	7,68	
	Califórnia	03	5,96	1,92	4,94	6,99	
	João Pinheiro	03	6,06	1,28	5,43	6,70	
	Jardim Montanhês	03	4,70	2,46	3,39	6,01	
	Pindorama	02	6,90	2,08	5,40	8,39	
	Ermelinda	05	5,53	1,94	4,69	6,37	
	Gloria	03	6,30	1,48	5,58	7,02	< 0,001
	Santos Anjos	02	3,70	2,21	2,11	5,28	
	Dom Cabral	02	4,50	0,53	4,17	4,82	
	Bom Jesus	02	5,00	1,48	3,85	6,14	
	São Cristóvão	02	6,86	1,88	5,77	7,95	
	Padre Eustáquio	03	6,04	1,57	5,20	6,88	
Jardim Filadélfia	02	6,82	2,94	4,72	8,92		
Total	35	193	5,81	2,04	5,52	6,11	

Fonte: Da autora (2019).

Nota: Teste de Levene, valor- p = 0,05

Os resultados obtidos na dimensão de Suporte à Decisão apresentou a pontuação media mais alta nas UBS São Cristóvão 6,86 e Jardim Filadélfia 6,82, com notas maiores em relação às demais. Por outra parte, a UBS Santos Anjos, revelou a menor média na dimensão nas UBS da regional, de 3,70 (IC95% 2,11-5,28).

Tabela 9- Avaliação da dimensão do Desenho do Sistema de Prestação de Serviços do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Dimensão	UBS	n	Média	D.P	I.C.-95%		Valor- p1
					Inf.	Sup.	
Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	Sam Bosco	03	8,31	1,55	7,56	9,06	
	Califórnia	03	7,12	1,67	6,22	8,01	
	João Pinheiro	03	6,70	1,40	6,00	7,40	
	Jardim Montanhês	03	6,70	2,13	5,56	7,84	
	Pindorama	02	8,49	1,19	7,64	9,35	
	Ermelinda	05	8,49	1,13	7,99	8,98	< 0,001
	Gloria	03	7,32	1,43	6,63	8,01	
	Santos Anjos	02	5,69	1,90	4,33	7,05	
	Dom Cabral	02	6,48	2,56	4,93	8,03	
	Bom Jesus	02	8,14	2,20	6,45	9,84	
	São Cristóvão	02	8,18	1,33	7,41	8,95	
	Padre Eustáquio	03	7,33	1,57	6,50	8,17	
	Jardim Filadélfia	02	8,74	1,31	7,81	9,68	
Total	35	193	7,52	1,81	7,27	7,78	

Fonte: Da autora (2019).

Nota: Teste de Levene, valor- p = 0,05

Os profissionais da UBS Jardim Filadélfia tiveram uma tendência a atribuir maiores escores à dimensão do Desenho do Sistema de Prestação de Serviços 8,74, do que as demais na mesma dimensão. Os participantes da UBS Santos Anjos fizeram uma avaliação que deu como resultado uma menor média 5,69 (IC95% 4,33-7,05) (Tabela 9)

Tabela 10-Avaliação da dimensão do Sistema de Informação Clínica do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Dimensão	UBS	n	Média	D.P	I.C.-95%		Valor- p1
					Inf	Sup	
Sistema de Informação Clínica	Sam Bosco	03	7,36	1,68	6,56	8,19	
	Califórnia	03	6,74	1,84	5,76	7,73	
	João Pinheiro	03	5,43	1,13	4,86	5,99	
	Jardim Montanhês	03	5,51	2,98	3,92	7,10	
	Pindorama	02	7,43	1,20	6,56	8,29	
	Ermelinda	05	6,67	2,22	5,71	7,63	< 0,001
	Gloria	03	5,88	1,24	5,28	6,48	
	Santos Anjos	02	4,59	2,13	3,07	6,12	
	Dom Cabral	02	6,12	1,37	5,29	6,95	
	Bom Jesus	02	5,92	3,00	3,61	8,23	
	São Cristóvão	02	7,21	2,01	6,05	8,38	
	Padre Eustáquio	03	5,65	1,38	4,91	6,39	
Jardim Filadélfia	02	7,36	1,96	5,95	8,76		
Total	35	193	6,31	2,02	6,02	6,59	

Fonte: Da autora (2019).

Nota: Teste de Levene, valor- p = 0,05

Na análise dos escores da dimensão do Sistema de Informação Clínica para a assistência do cuidado às DCNT nas UBS da regional, ressalta-se que as UBS Pindorama com 7,43 e as UBS Sam Bosco e Jardim Filadélfia com 7,36 apresentaram a maior média com relação às outras. Também, verificou-se que os profissionais das equipes da UBS Santos Anjos apresentaram menores escores da dimensão 4,59 (IC95% 3,07-6,12) (Tabela 10)

Tabela 11-Avaliação da dimensão da Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas do ACIC em cada Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Dimensão	UBS	n	Média	D.P	I.C.-95%		Valor- p1
					Inf.	Sup.	
Integração dos Componentes do MACC	Sam Bosco	03	6,68	1,88	5,77	7,59	0,001
	Califórnia	03	6,20	1,74	5,27	7,13	
	João Pinheiro	03	5,07	1,78	4,18	5,96	
	Jardim Montanhês	03	3,61	2,93	2,04	5,17	
	Pindorama	02	6,99	1,42	5,97	8,01	
	Ermelinda	05	6,94	1,53	6,27	7,60	
	Gloria	03	5,96	1,89	5,05	6,87	
	Santos Anjos	02	3,78	2,40	2,06	5,49	
	Dom Cabral	02	5,12	0,82	4,62	5,62	
	Bom Jesus	02	5,86	2,48	3,95	7,77	
	São Cristóvão	02	6,42	2,27	5,11	7,74	
	Padre Eustáquio	03	5,35	1,91	4,33	6,37	
Jardim Filadélfia	02	6,44	1,86	5,11	7,77		
Total	35	193	5,78	2,16	5,47	6,08	

Fonte: Da autora (2019).

Nota: Teste de Levene, valor- p = 0,05

A última dimensão do instrumento avalia a Integração dos Componentes do MACC, obteve a maior média nas UBS Pindorama 6,99 e Sam Bosco 6,68. Por outro lado, as UBS Jardim Montanhês e Santos anjos apresentaram a menor média em relação às outras instituições.

De forma geral em todas as dimensões, observou-se que os resultados do instrumento apresentaram diferenças significativas ($p < 0,05$).

Tabela 12-Avaliação das dimensões do ACIC e comparação entre Unidades Básicas de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Dimensão	UBS (Comparações múltiplas)		Valor- p1
Organização da Atenção à Saúde	João Pinheiro	- Dom Cabral	< 0,001
	João Pinheiro	- Pindorama	0,001
	Gloria	- Dom Cabral	< 0,001
	Gloria	- Pindorama	0,018
Articulação com a Comunidade	Califórnia	- João Pinheiro	0,048
	Califórnia	- Santos Anjos	0,001
	João Pinheiro	- Pindorama	0,003
	Pindorama	- Santos Anjos	< 0,001
	Pindorama	- Padre Eustáquio	0,004
	Santos Anjos	-Ermelinda	0,031
	Santos Anjos	- Gloria	0,022
	Santos Anjos	- São Cristóvão	0,046
	Santos Anjos	-Jardim Filadélfia	0,022
Autocuidado Apoiado	João Pinheiro	- Ermelinda	0,021
	Jardim Montanhês	-Pindorama	0,038
	Jardim Montanhês	-Ermelinda	0,009
	Ermelinda	-Gloria	0,012
	Ermelinda	-Santos Anjos	0,030

	Ermelinda	-Bom Jesus	0,045
	Ermelinda	-Padre Eustáquio	0,004
Suporte à Decisão	Dom Cabral	- João Pinheiro	0,007
	Dom Cabral	- Sam Bosco	0,047
	Dom Cabral	- São Cristóvão	0,024
Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	João Pinheiro	-Ermelinda	0,009
	Santos Anjos	-Ermelinda	0,049
	Santos Anjos	-Jardim Filadélfia	0,041
Sistema de Informação Clínica	João Pinheiro	-Sam Bosco	0,017
	João Pinheiro	-Pindorama	0,027
Integração dos Componente do MACC	Jardim Montanhês	-Pindorama	0,044
	Jardim Montanhês	-Ermelinda	0,029
	Ermelinda	-Dom Cabral	0,004

Fonte: Da autora (2019).

1Teste T3 Dunnet

Ao realizar as comparações múltiplas, foram encontradas diferenças significativas ($p < 0,05$). Na dimensão da Organização da Atenção à Saúde nas UBS da regional, a UBS Pindorama apresentou menor avaliação ($p=0,018$) com relação à UBS João Pinheiro. Na Articulação com a Comunidade a UBS João Pinheiro apresentou menor média ($p= 0.048$) em relação a UBS Califórnia. Na regional, pode se verificar que a UBS Bom Jesus teve o maior nível de significância ($p= 0,045$) na dimensão do Autocuidado Apoiado em relação ao Ermelinda. Na Tabela 12, a avaliação do Suporte à Decisão, revelou diferença significativa ($p=0,047$) nos profissionais das equipes da UBS Sam Bosco em relação às equipes da UBS Dom Cabral.

A comparação da dimensão do Desenho do Sistema de Prestação de Serviços em relação às UBS da regional Noroeste, revelou que a UBS Ermelinda arrojou diferenças nas medias obtidas ($p=0,047$) com relação às médias observadas na UBS Santos Anjos. Por outro lado, a UBS Pindorama demonstrou maior diferença de médias ($p=0,027$) com relação à UBS João Pinheiro. Finalmente na dimensão da Integração dos Componentes do MACC, pode se verificar um maior nível de significância com relação às média na UBS Pindorama ($p=0,044$) em relação à UBS Jardim Montanhês.

Quadro 8-Distribuição das porcentagens de avaliação da Capacidade Institucional nos profissionais das equipes da ESF, regional noroeste, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Classificação da atenção às condições crônicas	n	%
Capacidade limitada para a atenção às condições crônicas	6	3,1 %
Capacidade básica para a atenção às condições crônicas	37	17,7 %
Capacidade razoável para a atenção às condições crônicas	142	73,5 %
Capacidade ótima para a atenção às condições crônicas	8	4,1 %

Fonte: Da autora (2019).

Na perspectiva do maior número de profissionais das equipes da ESF da regional Noroeste de Belo Horizonte, a atenção primária à Saúde foi avaliada com uma capacidade razoável (73,5%) para a assistência do cuidado às pessoas com condições crônicas principalmente de DCNT como a DM e a HAS (Quadro 8).



DJSEUSSÃO

6.DISSCUSSÃO

Os dados epidemiológicos das doenças crônicas, especialmente das DCNT, a transição demográfica e a literatura nacional e internacional apontam lacunas na qualidade do cuidado às pessoas idosas que convivem com estas condições. Neste cenário, este estudo teve como objetivo avaliar a capacidade institucional para a atenção às pessoas idosas com condições crônicas na APS nos princípios do MACC com o instrumento ACIC. Estes princípios consideram que os quatro principais atores no cuidado das condições crônicas, são as pessoas com condição crônica, os profissionais em saúde, o serviço de saúde e à comunidade.

O MACC apresenta elementos-chave para garantir a alta qualidade do cuidado em cada um dos seus princípios, que foram avaliados e analisados com o ACIC, que tem sido reconhecido como um instrumento ótimo para identificar as áreas com maior fragilidade na atenção às condições crônicas é uma ferramenta focada especificamente na organização dos serviços de saúde no que se refere às novas demandas de uma população idosa. O baixo escore encontrado em algumas dimensões sugere fragilidades na assistência do cuidado, mostrando deficiências na garantia de fornecer um cuidado proativo, planejado, coordenado e centrado por parte das equipes da ESF, dirigidas ao público idoso (PLACIDELI; CASTANHEIRA,2017)

Dentro dos elementos essenciais para aprimorar nos sistemas de saúde para as DCNT na atualidade, destaca-se apoiar uma mudança de paradigma, já que o sistema encontrasse organizado ainda em torno de um modelo de atenção de casos agudos e episódicos, que não atendem às necessidades próprias das condições crônicas. A OMS (2013) como apoio na Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, publicou, nos anos de 2013 e 2014, o documento “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de Modelo de Atenção Integral” que propôs medidas voltadas para redirecionar os atuais sistemas de saúde no âmbito do SUS, potencializando as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer a articulação, a qualificação do cuidado. A

Atenção Básica apresenta-se como coordenadora do cuidado e este deve considerar as especificidades desse grupo populacional com DCNT (OPAS, 2013)

A avaliação dos profissionais das equipes da ESF a respeito da dimensão da Organização da Atenção à Saúde, demonstrou que nos princípios do MACC, as UBS evidenciaram a consolidação de metas e estratégias destinadas à melhoria da atenção as DCNT, garantindo a disponibilidade de recursos humanos na assistência do cuidado com as equipes da ESF, mas não tem foco necessidades dos pacientes idosos. Com tudo, as equipes avaliam um apoio limitado do governo, embora existam algumas políticas como: Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso e a Políticas Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que garantam um sistema de atenção às pessoas idosas com DCNT sustentável na atenção primaria, ao mesmo tempo, a organização deve possibilitar, às pessoas idosas com condições crônicas, transitar por todos os níveis do sistema e pontos de atenção necessários a traves do tempo, de forma congruente com o princípio da longitudinalidade do SUS, . Além, observou-se que um dos escores mais baixos foi para o interesse da liderança organizacional para realização de mudanças que promovam melhoras no cuidado às pessoas com DCNT, com base nos direcionamentos do MACC, a retroalimentação do sistema e as ações começa pelas lideranças, estas devem identificar melhorias, e expressar essa percepção na visão, na missão, nos valores e nos planos estratégico e tático da APS (AGUIAR,2019; MENDES,2012)

Na literatura internacional foi encontrado um estudo desenvolvido no México, que demonstrou que a criação de políticas locais e regionais para o atendimento a pacientes com DM, tendo como prioridade o uso de incentivos e apoio aos profissionais da APS, ajudaram na condução e educação de autogestão, além de a inclusão de ferramentas necessárias para a realização do trabalho, geraram melhores resultados glicêmicos nos pacientes acima de 60 anos com DM (GRACE; KU; KEGELS, 2016).

Por outra parte, na boa avaliação de alguns componentes da dimensão da Articulação com a Comunidade pode-se refletir nos esforços do país na incorporação dos recursos e inovação da APS por meio das atividades executadas

pela ESF, que foca a assistência do cuidado na articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento das DCNT nos princípios do MACC, desde o enfoque da saúde familiar, a qual é uma das características destas equipes, principalmente por meio da atuação do ACS, que teve a avaliação mais alta nesta dimensão, demonstrando a incorporação do mesmo na atenção às DCNT, ajudando na interlocução entre as UBS e a comunidade, como fundamental via de acesso e promoção de ações educativas individuais, familiares e coletivas, assim, como a identificação de riscos, encaminhamento das pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário, e orientação e acompanhamento nos planos de cuidado (LEMMENS, *et al.*, 2009).

Embora os resultados obtidos com o instrumento ACIC deixaram o manifesto do trabalho em rede vinculado às comunidades, conselho local de saúde, comitês de saúde local, grupos de auto-ajuda, igreja, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o Consultório na Rua e a Academia da Cidade, promovendo aspectos como o envelhecimento ativo e saudável. Algumas equipes avaliaram a existência de parcerias com organizações comunitárias com escores baixos, fato que deve orientar aos gestores e profissionais das equipes a melhorar os vínculos com os recursos comunitários, gerando planos no nível das UBS e da regional. Nesse cenário, evidenciou-se a falta de redes de comunicação eficazes e acordos de apoio com algumas organizações, a comunicação é um dos componentes essenciais de uma cooperação com sucesso entre as equipes, os serviços de saúde e as organizações comunitárias, que leve ao contato contínuo e fornecimento de Feedbacks por parte dos programas da comunidade e informação oportuna de cumprimentos de indicadores como principal atividade de retroalimentação, no trabalho das equipes da ESF. (AGUIAR, 2019; GARRIDO, 2014; RAMOS, 2018)

Essa rede articulada adequadamente segundo alguns estudos se relaciona a um melhor desempenho na assistência do cuidado, e reforçam a importância da intervenção comunitária para promoção e prevenção em saúde, promovendo a participação dos líderes das instituições e organizações comunitárias no enfrentamento das DCNT, trazendo como resultados melhoras na qualidade de vida

das pessoas com condição crônica (BONONI, 2002; MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012; SI et al, 20008). Nos Estados Unidos foi realizado um estudo com idosos com HAS, no qual a taxa de morbimortalidade por complicações inerentes às doenças cardiovasculares diminuiu um 60%, o impacto positivo se deveu a adequada articulação que houve entre a comunidade, o sistema de saúde e as pessoas usuárias.

Em relação ao Autocuidado Apoiado um dos elementos-chave do MACC para garantir alta qualidade do cuidado, considerado pela OMS como uma estratégia fundamental na assistência a pessoas idosas com condições crônicas como a DM e HAS, é indispensável a implementação sistêmica de intervenções de educação e apoio pelos profissionais das equipes da ESF no intuito de aumentar a habilidade dos usuários no manejo de sus problemas de saúde, o anterior, inclui a escolha dos problemas a serem priorizados, fixação e monitoramentos das metas propostas mutuamente, centradas nas necessidades dos pacientes, são os direcionamentos do modelo de atenção para estas condições (BROWNING; THOMAS, 2015).

Com base no exposto, observou-se um adequado cumprimento desta dimensão nas equipes, segundo os resultados obtidos com a aplicação do instrumento os profissionais estão exercendo uma atenção que busca oferecer um autocuidado apoiado efetivo, que ajude às pessoas idosas com DCNT e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica principalmente através da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Compreende-se que as DCNT nas pessoas idosas possuem aspecto multifatorial, com necessidade de acompanhamento multiprofissional da pessoa portadora dessas doenças. Nessa perspectiva, com o NASF, responde-se também ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, um dos seus eixos se refere ao cuidado integral (MALTA, NETO, JÚNIOR, 2011).

Neste contexto, logra-se reduzir as complicações e sintomas da doença, incluindo documentação e avaliação de atividades e necessidades de autocuidado

apoiado, um dos componentes melhor avaliados pelas equipes, além de dar suporte para o autocuidado apoiado e intervenções efetivas de mudança de comportamento das pessoas com DCNT e suporte de pares (TURNER *et al.*,2018).

No entanto, as equipes terem avaliado o Autocuidado Apoiado com uma pontuação que considera essa dimensão como razoável capacidade para a atenção às condições crônicas, apresenta-se a possibilidade de identificar fragilidades na importância que dão os profissionais às necessidades e preocupações individuais que demandam as pessoas idosas com DCNT, pois esse componente não é realizado de forma consistente. O exposto, leva ao questionamento sobre a abordagem dos cuidados pelos profissionais das equipes de saúde, que podem não estar enfatizando nas necessidades individuais dos pacientes. Este questionamento também foi realizado em outros estudos, na literatura internacional foi desenvolvido um estudo em Quebec com 364 pessoas com idade acima de 64 anos, com DM, HAS e doença pulmonar obstrutiva crônica, no qual os escores baixos no ACIC na dimensão de Autocuidado apoiado foram associados à presença de complicações e aumento no número de hospitalizações por agudizações a causa das doenças. Outro estudo realizado nos Países Baixos, conclui-se que as equipes de saúde com maiores escores na dimensão, reduziram os níveis de hemoglobina glicada em paciente idoso com DM(CRAMM; NIEBOER, 2012; LEMMENS *et al.*, 2009, 2011).

Referente ao Suporte à Decisão nos delineamentos do MACC o sistema de saúde deve assegurar o acesso às diretrizes e protocolos por parte dos profissionais das equipes, com o objetivo de lograr a melhoria da qualidade da assistência do cuidado fornecido pela APS nas UBS às pessoas com DCNT, assim como garantir a atualização periódica das diretrizes e avaliação da efetividade das mesmas. Dentro dos tópicos de maior importância se encontra integrar a atenção especializada com a APS para o cuidado a pessoas idosas com condições crônicas de maiores riscos ou complexidade, são alguns dos delineamentos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Na análise da dimensão que faz referência ao Suporte à Decisão, evidenciou-se que apresentou os menores escores com relação às outras avaliações, fato que leva a concluir que atualmente existe a necessidade

de um investimento maior na educação e qualificação dos profissionais das equipes, além de fortalecer o contato e interação entre as equipes e os especialistas, pois, se apresenta só por meio dos métodos tradicionais de referência e contra-referência, a via de comunicação mais utilizada é o e-mail e o relato verbal que faz o paciente posterior à consulta, sem dar espaço a discussões clínicas e troca de informações na busca de coordenar o cuidado dessas condições. Estudo que avaliou a importância da formação dos profissionais atuantes na APS nos Países Baixos, mostrou que a realização de discussões clínicas efetivas e implementação de diretrizes clínicas no atendimento de DCNT como a DM e HAS, diminuiu o número de complicações e mortes antes dos 60 anos de idade por IAM (AGUIAR, 2019; VESTJENS; CRAMM; NIEBOER, 2018).

A evidência sugere que a APS no princípio da integralidade do SUS, depende da redefinição de práticas inerentes ao trabalho na APS e às necessidades singulares dos pacientes idosos com DCNT, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no indivíduo. Exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços da atenção primária, ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial. Nesta perspectiva, os direcionamentos do MACC apontam a disponibilizar a oferta regular de atenção programada individual ou em grupo, assegurando a atenção pró-ativa e o acompanhamento periódico pelos membros das equipes da ESF (PLACIDELI; CASTANHEIRA, 2017).

Embora a avaliação da dimensão que descreve o Desenho do Sistema de Prestação de Serviços tenha apresentado a pontuação mais alta, ainda existem fragilidades na capacidade de dar continuidade ao cuidado, demonstra-se que a comunicação entre as equipes da ESF e os especialistas ou gestores de caso não é implementada sistematicamente, gerando a necessidade de trabalhar mais ativamente em uma gestão efetiva da atenção às condições crônicas principalmente das DCNT por sua alta prevalência na população idosa, gestão que deve ter foco em mudanças na organização do sistema, na busca de realinhar a oferta do cuidado. Além disso, os profissionais relataram algumas dificuldades no

fornecimento do cuidado às pessoas com DCNT, pois, referiram alta demanda no atendimento dessa população. Neste contexto, existem algumas iniciativas do Ministério de Saúde que poderiam ser integradas como apoio no monitoramento e continuidade do cuidado, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno da Atenção Básica (CAB 19), são considerados instrumentos estratégicos de acompanhamento longitudinal das condições de saúde da população idosa nos serviços de saúde (MALTA, *et al.*, 2019; MINISTERIO DE SAUDE, 2013).

As avaliações permitiram evidenciar o trabalho em equipe, o qual é assegurado por reuniões semanais de cada equipe em cada UBS, observou-se que cada membro da equipe tem atribuições definidas em pró ao cuidado das pessoas com DCNT. Do mesmo modo, o sistema de agendamento e o monitoramento das DCNT estão organizados para consultas individuais e em grupo com base nas diretrizes clínicas. O exposto anteriormente, atende aos princípios do MACC, que na literatura internacional mostraram que os esforços organizacionais associados as melhorias nesses aspectos tem demonstrado a diminuição de complicações e redução de mortes por agudizações de condições crônicas como a HTA (SALARI; NIAKAN; GHAZISAEIDI; FATEHI, 2019; STEINHAEUSER *et al.*, 2011).

Por outro lado, o MACC propõe o princípio do Sistema de Informação Clínica, como um sistema que permita o acesso aos dados da população e dos pacientes, de modo a possibilitar a equipe de saúde identificar indivíduos com necessidades específicas, como a população idosa, e proporcionar-lhes atenção planejada com coordenação da atenção clínica integral, além de retroalimentar os profissionais sobre seu desempenho e possibilitar a existência de um sistema de alerta. Como vimos na avaliação desta dimensão, existem falências nos registros das pessoas usuárias com condições crônicas, não contam com registros completos específicos por estrato de risco, tópico que poderia ser maiormente trabalhado pelas equipes graças à adaptação do CCM, que contem cinco níveis das intervenções de saúde, que permite que os pacientes sejam cadastrados na ESF e registrados segundo o estrato de risco, por exemplo, no nível 3, se encontram classificadas as pessoas com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e

médio riscos (com fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, pré-diabetes e outros); no nível 4, pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e no nível 5, pessoas com condições de saúde muito complexas. O conhecimento desta população pela ESF e sua divisão em subpopulações por diferentes riscos constitui o alicerce da gestão da saúde com base na população (MENDES, 2011).

De igual modo, os feedbacks para a equipe de saúde não oferecidos oportunamente, impossibilitando o monitoramento do desempenho dos profissionais, das equipes da ESF e das UBS, mas também do sistema de atenção à saúde. Um estudo feito no Canadá avaliou que na dimensão do Sistema de Informação Clínica a inclusão de lembretes e alertas para os profissionais, possibilitam a continuidade dos cuidados e a qualidade dos mesmos, pois, define as intervenções individuais necessárias no momento do atendimento às DCNT (POLLY *et al.*,2014).

Considerando as equipes, os profissionais participantes no estudo avaliaram com escore baixo a sétima dimensão, que cita aspectos que nos princípios do MACC nomeados anteriormente, devem ser integrados e combinados, como por exemplo, a associação das metas do autocuidado com os registros nos sistemas de informação clínica, assim como a associar as políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários, e abarca também a articulação dos programas comunitários com os serviços de saúde (MENDES, 2011,2015; SILVA,2018).

Conseqüentemente, a Integração dos Componentes do MACC reflete a experiência e competências desenvolvidas pelas equipes de saúde para manejar o processo dinâmico dos cuidados e intervenções efetivas, que gerem a capacidade nas pessoas idosas com DCNT e familiares para lidar com os desafios de conviver com uma condição crônica, gerando um impacto sobre a saúde deste grupo populacional, ajudando-os a desenvolver o autocuidado apoiado efetivo com base nas diretrizes clínicas, que diminuíram a presença de fatores de risco e a sua vez complicações e mortes por causa dessas condições (GARRIDO, 2014; STEY *et al.*,2010; TURNER *et al.*,2018).

A utilização do ACIC na avaliação da aplicabilidade do MACC em diferentes países demonstrou na revisão de literatura nos diferentes estudos achados a importância da participação do enfermeiro neste tipo de pesquisa. A importante participação dos enfermeiros neste estudo deixa o manifesto de que enfermagem tem uma relação direta com a qualidade dos cuidados proporcionados às pessoas com condições crônicas. Pelo anterior, enfermagem deve estar preparada e capacitada para assumir o desafio de tratar a epidemia das DCNT no mundo. Nesse cenário, o Conselho Internacional de Enfermagem, manifestou que o enfermeiro tem sido reconhecido na prática por facilitar os processos educacionais nos pacientes, assim como o estabelecimento de relações com o paciente, família e comunidade. A continuidade do cuidado, é uma das características da profissão, pois favorece o seguimento e monitoramento de cuidados de longa duração (COTTA; ROSA, 2013; GARRIDO, 2014; TURNER et al., 2018)

O MACC aponta à autogestão da doença e capacidade de autocuidado nas pessoas com DCNT no princípio do Autocuidado Apoiado, atividades que têm fundamento em algumas teóricas de enfermagem, por exemplo na Teoria de Autocuidado de Orem, que acredita que o profissional de enfermagem juntamente com a pessoa, devem identificar as necessidades individuais de autocuidado, procurando desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática do autocuidado (REMOR *et al.*, 1986; SCHMITTDIEL, 2006).

De igual modo, o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, propõe identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde. Podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005)

De esta forma, enfermagem conta com os conhecimentos necessários para contribuir ao progresso da prática de cuidado às pessoas com condições crônicas, aportando através da incorporação de Teorias e Modelos conceituais ao melhoramento da assistência do cuidado. Pelo anterior, é indispensável que os enfermeiros se caracterizem pela liderança, desenvolvimento de competências para a prática, orientado ao apoio no rápido diagnóstico, tratamento e monitoramento das pessoas com DNCT na APS (FRANCESCONI et al.,2019; GARRIDO, 2014). (SILVA;

Este estudo apresentou algumas vantagens e limitações. Dentro das limitações, encontram-se o afastamento de alguns profissionais das equipes por férias ou licença, fato que não permitiu incluir na pesquisa o total das equipes e unidades da regional. Outra limitação inclui a dificuldade da aplicação do instrumento em outras regionais e municípios de BH por causa do tempo e financiamento.

Entre as vantagens ressalta-se o uso do instrumento validado e utilizado em diferentes países do mundo, construído especificamente para avaliar a qualidade da atenção prestada nas condições crônicas, que contempla uma variedade de aspectos inerentes à organização da atenção à saúde. A oportunidade de ter incluído no estudo as diferentes categorias de profissionais que compõem as equipes da ESF, permitiu obter com os resultados uma ampla percepção da capacidade institucional das UBS da regional.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, devido ao aumento exponencial do número de pessoas idosas na população e do aumento da expectativa de vida dos cidadãos, faz-se necessário que a gestão da APS reconheça a importância dessa população, planejando e incorporando ações que contemplem as especificidades das necessidades de saúde desse grupo populacional, de modo a promover, uma assistência à saúde resolutiva e de qualidade.

A APS se fixa na fase inicial da atenção e na linha de cuidado, antecedendo-se e definindo uma fila de cuidados que deverão ser ofertados pelos outros níveis da atenção mais complexos. Mas ainda, algumas pesquisas evidenciaram a fragmentação da rede de atenção, com profissionais e equipes comprometidas com a execução do trabalho, porém com limitações do ponto de vista do funcionamento do sistema de saúde.

O MACC pretende desenvolver um sistema de saúde integrado, considerando que a assistência do cuidado às DCNT requer integração para garantir que as informações sejam compartilhadas entre diferentes cenários e prestadores e através do tempo, a partir do contato inicial com o paciente, igualmente, alinhar e implementar as políticas públicas criadas para melhorar a assistência do cuidado às pessoas idosas, ou seja, as políticas de todos os setores precisam ser analisadas e alinhadas para maximizar os resultados da saúde desta faixa etária; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o cuidado no paciente idoso e na família, uma vez que o gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário, sendo que o papel central e a responsabilidade do paciente devem ser enfatizados no sistema de saúde. Também é importante apoiar os pacientes em suas comunidades, pois o tratamento precisa se estender para além dos limites da clínica, e, por fim, enfatizar a prevenção, pois a maioria das condições crônicas é evitável e muitas de suas complicações podem ser prevenidas.

Os serviços da APS da regional foram avaliados com uma capacidade razoável para atenção às condições, obtendo-se a dimensão da integração dos componentes do modelo a área com maior fragilidade e o desenho do sistema de prestação de serviços com a melhor avaliação. Recomenda-se a utilização do instrumento na Atenção primária, como ferramenta para a implementação de ações e intervenções efetivas, focadas na melhoria da qualidade da assistência do cuidado das às pessoas idosas com condições crônicas nos princípios do MACC.

Destaca-se, ainda, o fato de grande parte do conhecimento científico produzido sobre as DCNT ser proveniente de países desenvolvidos. Para orientar o desenvolvimento de intervenções efetivas, é imperioso ampliar o entendimento também no contexto de países de baixa e média renda, para os quais novos estudos assumem grande importância.

O instrumento ACIC se apresentou como uma ótima ferramenta na avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Com respeito a sua aplicabilidade, o estudo teve como parâmetro a metodologia de aplicação de estudos nacionais e internacionais, que sugeriram a participação obrigatória do médico e o enfermeiro, além da recomendação de aplicar o ACIC de maneira individualizada aos participantes, com o objetivo de garantir a avaliação da percepção individual de cada membro da equipe da área da APS.



Referencias

REFERÊNCIAS

Aguiar, L.K. Avaliação da Atenção Primária à Saúde de Pessoas com Doença Renal Crônica. 2018.203. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

Ahmed, S. *et al.* The prevention and management of chronic disease in primary care: recommendations from a knowledge translation meeting. **BMC.Canada**.8:571. 2015.

Arrieta, L.A; Fernández, J.M. Evaluación de los cuidados recibidos por pacientes con enfermedades crónicas. **Atem primaria**. Espanha. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.014>.

Barr, V.J. *et la* .The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. **Healthcare Quarterly**, Toronto. 7, n. 1, p. 73-82, 2003.

Bauer, M.S. *et al.* Effectiveness of Implementing a Collaborative Chronic Care Model for Clinician Teams on Patient Outcomes and Health Status in Mental Health A Randomized Clinical Trial. **AMA Netw Open**. 2(3):e190230. doi: 10.1001. Estados Unidos. 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Regional Noroeste**. 2016. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br>>. Acesso em: 3 jan. 2016.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Distrito Sanitário Noroeste**. 2013. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

Bowen, J. L. *et al.* Assessing chronic illness care education (ACIC-E): a tool for tracking education redesign for improving chronic care education. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 25, supl. 4, p. 593-609, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). e-Gestor. *Relatórios Públicos*. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Brasília (DF): 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de Modelo de Atenção Integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 41p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a saúde. Departamento de análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006 d, p 60.

Brasil. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. 2006 b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Envelhecimento ativo: uma Política de Saúde. Brasília, 2005, 62 p

BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Congresso Nacional, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov

Calvalcante, K; Oliveira, I; Mamoru, E. **Assessment of Chronic Illness Care (ACIC):** avaliação da aplicabilidade e resultados. **Saúde debate**, vol.40, n.108, pp.106-117. ISSN 0103-1104. 2016.

Campos, F.C.C.; Faria, H.P.; Santos, M.A. Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde. **NESCON UFMG.Coopmed**. Belo Horizonte, 2010.

Cramm, J; NEIBOER, A. An integrated primary care approach for frail community-dwelling older persons: a step forward in improving the quality of care. **BMC Health Services Research**. January 2018.

Conill, E.M; Fausto, M; Giovanella, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, 10 (Supl. 1): S15-S27 nov.2010

Duncan, B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**. 46(Supl):126-34. 2012.

Edwards, C., Staniszweska, S., Crichton, N., 2004. Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. **Sociol. Health Illn**. 26 (2), 159-183. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00385>.

Francesconi, P. et al. Chronic Care Model for the Management of Patients with Heart Failure in Primary Care. **Health Services Insights**. V.12: 1–2p. 10.1177/1178632919866200. Abril. 2019.

Fernandes, M.T. A rede de atenção à saúde para o cuidado à pessoa idosa na atenção primária em saúde: um modelo teórico. 2013.208 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Garrido, M.E. Evaluación De La Atención Proporcionada A Usuarios/As Con Enfermedad Crónica Cardiovascular Y Su Relación Con Indicadores De Compensación. 2014. Dissertação (Maestria em Enfermeria)-Facultad de Medicina, Universidad de Concepcion, Chile, 2014.

Grace, M.V., & Kegels, K.U. Knowledge, attitudes and perceptions of people with type 2 diabetes as related to self-management practices: Results of a cross-sectional study conducted in Luzon, Philippines. **Am J Prev Med**. 2016.

Gomutbutra, P. et al. The reliability and validity of thai version of assessment of chronic illness care (ACIC). **Journal of the Medical Association of Thailand, Bangkok**, v. 95, n. 8, p. 1105-1113, ago. 2012.

GOBIERNO VASCO. Dpto. de Sanidad y Consumo. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad em Euskadi. EuskoJauraritzza, julio 2010. 67 p.

Instituto Brasileiro de Biografia y Estadística / IBG. **Sínteses de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Rio de Janeiro: IBG, 2015. 134 p.

International Diabetes Federation / IDF. **Diabetes atlas**. United Kingdom: IDF, 2015.142P.

International Diabetes Federation / IDF. **Diabetes atlas**. United Kingdom: IDF, 2019.149P.

Kim, B. et al. Coordinating across correctional, community, and VA systems: applying the Collaborative Chronic Care Model to postincarceration healthcare and reentry support for veterans with mental Health and substance use disorders. **Health and Justice**. V. 7:18. 2019.

Lemmens, K. *et al.* Professional commitment to changing chronic illness care: results from disease management programmes. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 233-242, Aug. 2009.

Liddy, M. *et al.* How the delivery of HIV care in Canada aligns with the Chronic Care Model: A qualitative study. **PLoS ONE**.14(7): e0220516. Canada. 2019.

Maltal, D.C.*et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025.**REV BRAS EPIDEMIOL.**22: E190030. Belo Horizonte. 2019.

Maltal, D.C.*et al.* Valiação do alcance das metas do plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022.**Anais do IHM.** 316. 10.25761. Brasil. 2019.

Maltal, D.C; Bernal, R.T; LimaL, M.G; Araujo, S.S; Silva, M.M; Freitas, M.I. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de saúde pública.** Belo Horizonte. 2017

Malta, D.C; Stopa, S.R; Szwarcwald, C. L. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol.** 2015;18 Supl 2:3-16. 2013.<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>.

Malta, D. C.; Nascimento, M.P.; Moura, L.; Silva JR., J.B. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, v. 22, n. 1, p. 171-178, jan-mar, 2013.

Mendes, E. V. 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.

Morel, R. et al. Care patterns for patients with non-communicable chronic diseases in Cuba and in the world.**MEDISAN.** 15(11):1610. 2011.

Moyses, S.T., Silveira Filho, A.D., Moyses, S.J. (Org.), 2012. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: OPAS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Oliveira, E.B. *et al.* Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 264- 373, set. 2013.

Opra, L. *et al.* Na ethical justification for the Chronic Care Model (CCM). **Health Expectations**, Oxford, v.13, n. 1, p. 55-64, mar.2010.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados Inovadores para Condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Organização Mundial da Saúde (OMS).2017.

Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de Cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA 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. 103 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / OPAS. **Novos desafios na atenção às DCNT** DC: OPAS, 2013. 103 p.

Patel, N; Parchman, M. The Chronic Care Model and Exercise Discussions during Primary Care Diabetes Encounters. **The University of Texas Health Science Center**. San Antonio. Oct. 2011.

Placideli, N., & Castanheira, E. R. L. (2017). Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de Atenção Primária.**Revista Kairós Gerontologia**. 20(2), 247-269. V. 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil.2017.

Polly, H; Palmer, R .Alignment of patient and primary care practice member perspectives of chronic illness care: a cross-sectional analysis.**BMC Fam Practv.15. 2014.**

Ramos, N.P. Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento em Serviços de Atenção Primária. 201.F.Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018.

Rosete, A. Á.; Nuño-Solinís, R. **A system-wide transformation towards integrated chronic care.** The strategy to tackle the challenge of chronicity in the Basque Country. June 2016.

Salari, K; Niakan, N; Ghazisaeidi, M; Fatehi, F.**Conformity of Diabetes Mobile apps with the Chronic Care Model.****BMJ Health Care Inform.** 10.1136. 2019.

Schmittiel, J. *et al.* Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. **Journal of General Internal Medicine**, New Jersey, v. 23, n. 1, p. 77-80, Jan. 2008.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/ SES-MG. **Linha- guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica.** 3.ed. atualizada. Belo Horizonte: SES-MG, 203.200 p. (Atenção à Saúde do Adulto).

Sl, D. *et al.* Describing and analysing primary health care system support for chronic illness care in Indigenous communities in Australia's Northern Territory – use of the Chronic Care Model. **BMC Health Services Research.** 2008.

Silva, L.B. Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão atendida na Atenção Primária à Saúde.201. F. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

Silva, A. S. B. e *et al.* Avaliação da atenção em *diabetes mellitus* em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 512-518, jul.-set. 2011.

Silva, P. A. B. Prevalência, fatores associados, consciência e prognóstico da doença renal crônica não dialítica em idosos: estudo transversal de base populacional. 2017. 230 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

Silva, L.B. Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão atendida na Atenção Primária à Saúde. 2018. F. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

Silva, L.B., Soares, S.M., Silva, P.A.B., Santos, J.F.G., Miranda, L.C.V., Santos, R.M., 2018. Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. **Rev Lat. Am. Enfermagem**. 26, e2987. doi: 10.1590/1518-8345.2331.2987.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Soc Bras Diabet. Itapevi, SP. 2017.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Soc Bras Diabet. Itapevi, SP. 2019.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão**. Soc Bras de Cardio. Soc Bras de Hipert. Volume 107, Nº 3 (Supl. 3). 7ª Ed. 2018.

Stey, C.S. *et al.* Assessment of Chronic Illness Care with the German version of the ACIC in different primary care settings in Switzerland. **Health and Quality of Life Outcomes**. 8:122. Suíça. 2010.

Tuner, J.B. *et al.* Implementation of the Chronic Care Model to Reduce Disparities in Hypertension Control: Benefits Take Time. **J Gen Intern Med**. 33(9):1498–503. Texas. 2018.

Vaez, K. *et al.* Evaluating Diabetes Care for Patients With Serious Mental Illness Using the Chronic Care Model: A Pilot Study. **Health Services Research and Managerial Epidemiology**.v. 4: 1-7. Chicago. 2017.

Vestjen, S, L; Cramm, J. M; Nieboer, A. P. An integrated primary care approach for frail community-dwelling older persons: a step forward in improving the quality of care. **BMC Health Services Research**.2018.

Warner, E.H. *et al.* Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**. Illinois, v.27, n. 2, p. 63-80, feb.2001.



ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A- *Assessment Illness Chronic ACIC*

**Instrumento *Assessment of Chronic Illness Care / ACIC* –
destinado aos profissionais de saúde**

(Continua)

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS - ACIC		
Questionário n°:	UBS:	ESP:
Nome do(a) entrevistado(a):		
Sexo: () Feminino () Masculino	Data de nascimento: ___ / ___ / _____	
Função: _____		
Tem especialização? () Sim () Não Qual? _____		
Tempo de exercício profissional: _____ anos		
Tempo de exercício profissional com doenças renocardiovasculares: _____ anos		
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO <i>ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE</i> (ACIC)		
<p>Este instrumento destina-se a obter informações sobre a estrutura, o processo e as práticas das unidades básicas de saúde, tendo por objetivo avaliar os parâmetros de assistência definidos na linha guia renocardiovascular dos pacientes diabéticos e hipertensos, na perspectiva da filosofia e dos princípios do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.</p> <p>As instruções são as seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Responda a cada questão estritamente na perspectiva das doenças crônicas definidas na linha guia renocardiovascular (<i>diabetes mellitus/DM, hipertensão arterial sistêmica/HA, doença cardiovascular/DCV, doença renal crônica/DRC</i>), tendo em conta o local onde exerce a sua função - unidade básica de saúde. 2. 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. Os valores mais baixos expressam capacidades institucionais menores e os mais altos capacidades institucionais maiores de atenção às condições crônicas. Para cada linha, identifique o nível e então, dentro desse nível, circule o valor que melhor descreve o nível de atenção praticado na instituição em análise em relação às condições crônicas consideradas. Apenas um valor pode ser preenchido por linha. 3. Em caso de dúvida na atribuição do score em cada uma dos componentes, recorra à descrição da respectiva categoria para melhor esclarecimento. 4. Some o total dos valores de cada seção e calcule a pontuação média correspondente. Preencha os campos no final de cada seção com os valores obtidos. Então, na última folha, preencha os campos com os valores obtidos de cada seção. Some todas as pontuações e complete a pontuação média para o programa como um todo. 5. Não se esqueça que estamos avaliando as doenças crônicas definidas na linha guia renocardiovascular (<i>DM, HA, DCV, DRC</i>). 		

Avaliação da Atenção à Condições Crônicas

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								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
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 Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
... 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.					... são monitoradas e revistas periodicamente, sendo incorporadas em planos de melhoria de qualidade.								
Pontuação Estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
... 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 quando surgem problemas.					... utilizam estratégias efetivas, usadas pró-ativamente na definição dos objetivos organizacionais.								
Pontuação Regulação e incentivos para a atenção às condições crônicas...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
... 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 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 Liderança superior da organização...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
... 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.					... encorajam esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.					... participam visivelmente dos esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.								
Pontuação Benefícios e incentivos (econômicos e morais)...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
... desencorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.	... nem encorajam nem desencorajam o autocuidado pelos pacientes e as mudanças sistêmicas.					... encorajam o autocuidado pelos pacientes e as mudanças sistêmicas.					... encorajam o autocuidado pelos pacientes e as mudanças sistêmicas.					... são especificamente desenhados para promover uma melhor atenção às condições crônicas.								
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pontuação total para Organização da Atenção à Saúde													Pontuação média (Pontuação total para Organização da Atenção à Saúde/6)											

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			
	... 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 Parcerias com organizações comunitárias...	0	1	2		3	4	5		6	7	8		9	10	11	
Pontuação Conselho Local de Saúde...	0	1	2		3	4	5		6	7	8		9	10	11	
Pontuação Agente comunitário de saúde...	0	1	2		3	4	5		6	7	8		9	10	11	
Pontuação Pontuação total para Articulação com a Comunidade	0	1	2		3	4	5		6	7	8		9	10	11	
Pontuação média (Pontuação total para Articulação com a Comunidade/4)																

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 a 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				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
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 Suporte para o autocuidado apoiado...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	... 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 Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	... 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 integrante da atenção às condições crônicas e inclui avaliação sistemática, com envolvimento contínuo em grupos de pares e atenção em grupo.				
Pontuação Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	... 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 Pontuação total para Apoio ao Autocuidado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Pontuação média (Pontuação total para Apoio ao Autocuidado/4)																				

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 C											Nível B			Nível A			
	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A			Nível B			Nível A		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	... 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 Diretrizes clínicas baseadas em evidência...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	... 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 Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	... 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 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 Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	... é feita esporadicamente.			... 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 para uma parte dos profissionais de saúde, com base nas diretrizes clínicas.		
Pontuação Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	... não é realizada.			... é realizada para a maioria das pessoas usuárias, por meio de métodos adequados de educação em saúde, específicos para cada diretriz clínica e inclui a descrição do papel da pessoa usuária para obter sua adesão à diretriz clínica.		
Pontuação Pontuação total para Suporte às Decisões	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Pontuação média (Pontuação total para Suporte às Decisões/4)			Pontuação média (Pontuação total para Suporte às Decisões/4)		

Parte 5: Desenho do Sistema de Prestação de Serviços – a evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às 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, realinhando a oferta do cuidado.

Componentes	Nível D						Nível B						Nível A					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11						
Trabalho em equipe...	... não existe.						... 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 Liderança das equipes de saúde...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11						
	... não é reconhecida localmente nem pela instituição de saúde.						... é assumida pela instituição de saúde, mas para papéis organizacionais específicos.						... 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 Sistema de agendamento...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11						
	... não está organizado.						... 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 Monitoramento da condição crônica...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11						
	... não está organizado.						... é oferecido quando a pessoa usuária solicita.						... 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						

Parte 5: Desenho do Sistema de Prestação de Serviços – a evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às 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, realinhando a oferta do cuidado.

Componentes	Nível D					Nível C					Nível B					Nível A				
	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 Continuidade do cuidado...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11								
	... 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 Pontuação total para Desenho do Sistema de Prestação de Serviço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11								
Pontuação média (Pontuação total para Desenho do Sistema de Prestação de Serviço/6)																				

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																			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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 atenção às condições crônicas.																			
Pontuação Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)...	0	1	2	3	4	5	... está disponível, inclui nome, diagnóstico, informação de contato e data do último contato.	6	7	8	... está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco, segundo as diretrizes clínicas.	9	10	11	... está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco segundo as diretrizes clínicas e permite emitir alertas e lembretes para as pessoas usuárias.																				
Pontuação Alertas para os profissionais...	0	1	2	3	4	5	... estão disponíveis, incluem a notificação geral da existência de condições crônicas, mas não definem os tipos de intervenções necessárias no momento do atendimento.	6	7	8	... estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e definem intervenções necessárias no momento do atendimento.	9	10	11	... 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 Feedbacks para a equipe de saúde...	0	1	2	3	4	5	... são fornecidos em intervalos irregulares e de forma impessoal.	6	7	8	... ocorrem em intervalos suficientes para monitorar o desempenho e são específicos para cada equipe.	9	10	11	... 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																					

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						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias...	... não está disponível.																					
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Plano de cuidado das pessoas usuárias...	... não é elaborado.																					
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Pontuação total para Sistema de Informação Clínica	Pontuação média (Pontuação total para Sistema de Informação Clínica / 6)																					

Parte 7: Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas – 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 (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc).

Componentes	Nível D					Nível C					Nível B					Nível A				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
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 Sistema de informação/registo clínico...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
	... 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, alertas aos profissionais e pessoas usuárias referente ao monitoramento das condições crônicas e reavaliação periódica das metas de autocuidado apoiado.				
Pontuação Programas comunitários...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
	... 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	12	13	14	15	16	17		

Parte 7: Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas – 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 (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc).

Componentes	Nível D						Nível C						Nível B						Nível A					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
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 proativamente 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 proativamente, 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	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
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	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
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 ajudá-las a desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento 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	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Pontuação total para Integração	Pontuação média (Pontuação total para Integração/6)																							

RESUMO DA PONTUAÇÃO
(TRAZER AS PONTUAÇÕES DO FINAL DE CADA SEÇÃO PARA ESSA PÁGINA)

- | | |
|---|-------|
| 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 Clínica | _____ |
| 7 Pontuação média para Integração dos Componentes do Modelo de
Atenção às Condições Crônicas | _____ |
| 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 isto 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-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Dirigido aos profissionais das Equipes de Saúde da Família.

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, como colaborador(a) na pesquisa intitulada “Avaliação da capacidade institucional na assistência às pessoas idosas com condições crônicas na atenção primária de saúde, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob a coordenação da Prof^a Sônia Maria Soares.

Antes de obter seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade.

Resumo do projeto

A partir das observações e análise prévia dos dados provenientes do projeto “Estudo epidemiológico da doença renal crônica não-dialítica em idosos residentes na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais” do qual está participando, verificamos a necessidade de melhor conhecer a capacidade das equipes de Saúde da Família em prover cuidado às pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis, tais como, o diabetes e a hipertensão arterial. Neste sentido, foi elaborado este novo estudo no intuito de dar seguimento à avaliação do estado de saúde dos idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde, tendo como foco a avaliação da qualidade do cuidado ao idoso com diabetes e/ou hipertensão acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte. Para isso, iremos coletar outras informações por meio de questionário e prontuário. Reafirmamos que será assegurado o direito a não participação, à confidencialidade dos dados e ao cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

Participação no trabalho

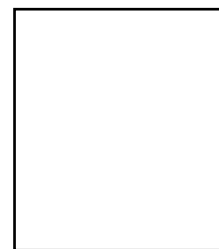
A participação é voluntária, isenta de despesas e nenhum participante receberá remuneração por seu envolvimento na pesquisa. O indivíduo poderá recusar-se em participar do estudo a qualquer momento sem quaisquer prejuízos.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 201____

Nome completo do participante: _____

Nome completo do informante: _____

Assinatura: _____



Impressão datiloscópica (quando se aplicar)

Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Soares

Coordenadora do NEPCDH/EEUFMG

smssoares.bhz@terra.com.br

(31) 3409-4592

- COEP - Comitê de Ética em

Pesquisa/UFMG

Av. Presidente Antônio Carlos, n. 6627

Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG,

Brasil.

CEP: 31.270-901. Email: coep@prpq.ufmg.br

Telefone: (31) 3409-4592

Laura Villaquirán Jiménez

Mestranda NEPCDH/EEUFMG

lauravillaquiranj@gmail.com

(31) 994872022

- COEP - Comitê de Ética em

Pesquisa/UFMG

Av. Presidente Antônio Carlos, n. 6627

Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG,

Brasil.

CEP: 31.270-901. Email: coep@prpq.ufmg.br

Telefone: (31) 3409-4592

Procedimentos

Na primeira etapa do estudo, caso concorde em participar, será solicitado que você responda a um questionário aplicado por pesquisadores treinados da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com perguntas relacionadas a você e sua percepção sobre a capacidade institucional da Unidade Básica de Saúde onde se encontra trabalhando atualmente, no que se refere à assistência de cuidado às pessoas com condições crônicas. Os dados obtidos serão analisados segundo o método quantitativo. Todos esses procedimentos não envolverão nenhum custo.

Confidencialidade

Todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo e o(a) informante não será identificado(a) como participante da pesquisa, garantindo o anonimato. A utilização dos resultados do estudo será divulgada em artigos científicos, Dissertação de Mestrado e

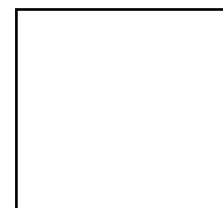
eventos científicos, congressos e na SMSA/BH. Os dados de identificação neste termo de consentimento serão usados apenas para fins de acompanhamento, sendo necessários contatos a posteriori. Também, para casos onde haja dúvidas de ambas as partes, ou quando julgar necessário agendar um novo encontro para finalização do questionário e/ou entrevista nos estudos de caso devido ao cansaço ou incapacidade do informante em respondê-lo. Reiterando, sua identidade será mantida em sigilo em qualquer das situações

Belo Horizonte, ____ de ____ de 201__

Nome completo do participante: _____

Nome completo do informante: _____

Assinatura: _____



Impressão datiloscópica (quando se aplicar)

Documento em duas vias, uma para ser entregue a pessoa (ou responsável) que vai participar da pesquisa.

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso o(a) senhor(a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa, por favor, entre em contato com:

Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Soares

Coordenadora do NEPCDH/EEUFMG

smssoares.bhz@terra.com.br

(31) 3409-4592

- COEP - Comitê de Ética em

Pesquisa/UFMG

Av. Presidente Antônio Carlos, n. 6627

Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG,

Brasil.

CEP: 31.270-901. Email: coep@prpq.ufmg.br

Telefone: (31) 3409-4592

Laura Villaquirán Jiménez

Mestranda NEPCDH/EEUFMG

lauravillaquiranj@gmail.com

(31) 994872022

- COEP - Comitê de Ética em

Pesquisa/UFMG

Av. Presidente Antônio Carlos, n. 6627

Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG,

Brasil.

CEP: 31.270-901. Email: coep@prpq.ufmg.br

Telefone: (31) 3409-4592

Riscos e desconfortos

Os riscos para os participantes deste estudo serão mínimos e poderão estar, eventualmente, associados ao constrangimento do (a) senhor (a) durante a entrevista. Você tem todo o direito de não participar e isso será acatado imediatamente pelas pesquisadoras. Ressaltamos que, caso eventualmente ocorra, garantiremos a reparação dos danos causados na execução da pesquisa.

Benefícios

Esta nova proposta de estudo poderá contribuir tanto para o conhecimento relacionado ao cuidado à pessoa idosa com doença crônica efetivamente praticado no conjunto da assistência prestada pelas equipes de Saúde da Família, quanto contribuir para a análise e reorganização das práticas de cuidado ao idoso com diabetes e/ou hipertensão na Rede BH, a partir da identificação de problemas e compreensão dos determinantes de êxito e fracasso os quais poderão ser identificados como norteadores de ações de melhoria, o que justificam este estudo.

Consentimento

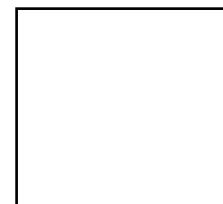
Declaro para os devidos fins que me considero satisfeito (a) com as explicações da pesquisadora e concordo em participar como voluntário (a) deste estudo. Atesto também que a pesquisadora (ou membro da pesquisa) leu pausadamente esse documento e esclareceu as minhas dúvidas, e mediante a minha concordância para participar do estudo, coloquei abaixo a minha assinatura ou impressão digital. Eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento assinado, para guardar.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 201____

Nome completo do participante: _____

Nome completo do informante: _____

Assinatura: _____



Impressão datiloscópica (quando se aplicar)

Documento em duas vias, uma para ser entregue a pessoa (ou responsável) que vai participar da pesquisa.

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso o senhor(a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa, por favor, entre em contato com:

Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Soares

Coordenadora do NEPCDH/EEUFMG

smssoares.bhz@terra.com.br

(31) 3409-4592

- COEP - Comitê de Ética em
Pesquisa/UFMG

Av. Presidente Antônio Carlos, n. 6627

Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG,
Brasil.

CEP: 31.270-901. Email: coep@prpq.ufmg.br

Telefone: (31) 3409-4592

Laura Villaquirán Jiménez

Mestranda NEPCDH/EEUFMG

lauravillaquiranj@gmail.com

(31) 994872022

- COEP - Comitê de Ética em
Pesquisa/UFMG

Av. Presidente Antônio Carlos, n. 6627

Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG,
Brasil.

CEP: 31.270-901. Email: coep@prpq.ufmg.br

Telefone: (31) 3409-459

**ANEXO C-Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
Federal de Minas Gerais**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE – 48212615.2.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Sônia Maria Soares
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 21 de setembro de 2015, o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da qualidade do cuidado ao idoso com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

**Prof. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO D-Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/BH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade do cuidado ao idoso com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais

Pesquisador: Dônia Maria Soares

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 48212615.2.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.589.397

Apresentação do Projeto:

Este estudo é um subprojeto do "Estudo epidemiológico da doença renal crônica não-dialítica em idosos residentes na região Noroeste de Belo Horizonte/MG", aprovado pelo Parecer CAAE - 12319713.9.0000.5149 (COEP UFMG) e Parecer Consubstanciado nº 448.308 (COEP SMSA/BH). Este estudo epidemiológico, longitudinal, do tipo coorte prospectivo, envolve quatro ondas: 1ª onda (marco zero): visa avaliar a prevalência de doença renal crônica (DRC) em idosos a partir da aplicação de questionário estruturado, medidas antropométricas, coleta de sangue e urina e análise documental em prontuários; 2ª onda (3 meses após primeira coleta): mesmos procedimentos da 1ª onda acrescido da realização de ECG; 3ª onda (18 meses após primeira coleta): reavaliação da função renal, com repetição das medidas antropométricas, coleta de sangue e urina, ultrassom de vias urinárias e análise documental em prontuários; 4ª onda (36 meses após primeira coleta): último equívoco na avaliação da função renal, com repetição das medidas antropométricas, coleta de sangue e urina, ultrassom de vias urinárias e análise documental em prontuários. O referido estudo, até o momento, encontra-se na 1ª e 2ª onda. Resultados prévios da 1ª onda já se mostram preocupantes visto que em uma amostra de 151 idosos até então rastreados já indicam elevada taxa de DRC (39,7% total, sendo 2,6% estágio I; 14,6% estágio II; 22,5% estágio III e 0% estágio IV e V). Mediante a esses resultados, elaborou-se o atual estudo que terá

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8827 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Página 02 de 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer 3.589.397

como objetivo avaliar a qualidade do cuidado ao idoso com diabetes mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial (HA) (principais fatores de risco para DRC) acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte/MG. Sabe-se que o envelhecimento populacional é hoje acompanhado por mudanças no perfil epidemiológico, caracterizado pelo aumento das doenças crônicas, que em conjunto constituem-se em problema de saúde pública mundial. No Brasil, mesmo com todo o discurso presente no âmbito das políticas públicas, no sentido de enfatizar a prevenção de doenças e a promoção da saúde, ainda convivemos com um modelo assistencial que privilegia o atendimento de pacientes que apresentam mais doenças agudas em detrimento daqueles com doenças crônicas. Esta situação gera incoerências e inconsistências para o próprio sistema de saúde. Manter o enfrentamento das doenças crônicas na mesma lógica das agudas não mais atende a demanda do idoso. Nesse sentido, pode-se estar dificultando o diagnóstico precoce da DRC, e, portanto, o seu manejo desde as fases iniciais nos serviços de atenção básica, acelerando a evolução da doença. Mediante o exposto, buscará contribuir para responder às seguintes questões: Qual é a capacidade institucional para a atenção ao idoso com DM e/ou HA na perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários? Como é feito o acompanhamento desses idosos pelas equipes de Saúde da Família? Por que determinados preditores de cuidado contribuem diferentemente para o controle metabólico dos idosos com DM e/ou HA acompanhados pelas equipes de Saúde da Família? Trata-se de um estudo de métodos mistos com desenho explanatório sequencial, fundamentado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas. A amostra envolverá 525 idosos com 60 anos ou mais acompanhados nas 16 unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Noroeste, Belo Horizonte e equipes de Saúde da Família atuantes no referido Distrito. Os dados serão coletados em duas fases: a fase quantitativa envolverá entrevistas individuais com idosos e equipes de Saúde da Família, sendo usados o questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas / percepção profissional (ACIC) e de Avaliação do Cuidado às Condições Crônicas / percepção dos idosos (PACIC) e análise documental (prontuário do idoso). A 2ª fase, qualitativa, envolverá entrevistas individuais em profundidade com idosos e equipes de Saúde da Família selecionados da primeira fase. Os dados quantitativos serão analisados por meio do programa estatístico SPSS versão 22.0 e os dados qualitativos, por meio do software estatístico R. O projeto de pesquisa será submetido à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para execução e ao Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais para avaliação e

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8827 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Página 03 de 05

Continuação do Parecer: 3.559.367

aprovação.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Avaliar a qualidade do cuidado ao idoso com diabetes mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial (HA) acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

- # Descrever o perfil sociodemográfico, clínico, comportamental, antropométrico e bioquímico de idosos com DM e/ou HA acompanhados pelas equipes de Saúde da Família;
- # Avaliar a capacidade institucional para o cuidado ao idoso com DM e/ou HA na perspectiva da equipe de Saúde da Família (Assessment of Chronic Illness Care/ACIC);
- # Avaliar o processo de cuidado ao idoso com DM e/ou HA na perspectiva do idoso acompanhado pelas equipes de Saúde da Família (Patient Assessment of Care for Chronic Conditions/PACIC);# Avaliar a adesão global à prestação de serviços regulares a idosos com DM e/ou HA acompanhados pelas equipes de Saúde da Família;
- # Identificar preditores de cuidado que contribuem para o controle metabólico dos idosos com DM e/ou HA acompanhados pelas equipes de Saúde da Família;
- # Entender porque determinados preditores de cuidado contribuem diferentemente para o controle metabólico dos idosos com DM e/ou HA acompanhados pelas equipes de Saúde da Família.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os participantes deste estudo serão mínimos e poderão estar, eventualmente, associados ao constrangimento do senhor(a) durante a entrevista (a fotografia será apenas do objeto). Não há no projeto proposta de minimização deste risco. Porém, o participante terá todo o direito de não participar e isso será acatado imediatamente pelas pesquisadoras.

Benefícios:

Não há benefícios diretos ao participante. Porém, esta nova proposta de estudo poderá contribuir tanto para o conhecimento relacionado ao cuidado à pessoa idosa com doença crônica efetivamente praticado no conjunto da assistência prestada pelas equipes de Saúde da Família. Além disso, espera-se contribuir para a análise e reorganização das práticas de cuidado ao idoso com diabetes e/ou hipertensão na Rede BH, a partir da identificação de problemas e compreensão dos determinantes de êxito e fracasso os quais poderão ser identificados como norteadores de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Página 03 de 05

Continuação do Parecer: 3.559.367

ações de melhoria, o que justificam este estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de subprojeto (guarda chuva) de projeto já aprovado pelo COEP. Visa avaliar a qualidade do cuidado ao idoso com diabetes mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial (HA) (principais fatores de risco para DRC) acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte/MG. Leva em conta o fato de que se convive com um modelo assistencial que privilegia o atendimento de pacientes que apresentam mais doenças agudas em detrimento daqueles com doenças crônicas, tais como HAS e DM. Essa questão pode dificultar o diagnóstico precoce de doença renal crônica. O trabalho é relevante, visto que nossa população idosa tem aumentado durante os últimos anos. O método está bem descrito. As considerações estão adequadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os documentos de apresentação obrigatória, incluindo parecer favorável do grande projeto, do qual se origina este subprojeto. O TCLE encontra-se completo, mencionando riscos mínimos para os participantes, sendo estes eventualmente associados ao constrangimento do entrevistado(a) durante a entrevista. Não apresenta formas de minimizar este risco, mas garante o direito de o entrevistado se negar a participar do trabalho sem prejuízo da assistência.

Recomendações:

Apresentar relatório semestral à COEP UFMG.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

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_142624_2_E2.pdf	31/08/2019 13:46:31		Aceito
Outros	Projeto_atualizado.pdf	31/08/2019 13:44:23	Sônia Maria Goares	Aceito
Outros	Laura_COEP.pdf	31/08/2019 13:30:34	Sônia Maria Goares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEIDOGOEPROFISSIONALSONIAMARIA.docx	19/09/2015 18:51:08	Teima Campos Medeiros Lorentz	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Página 04 de 05

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 3.599.397

Justificativa de Ausência	TCLEIDOSOEPROFISSIONALSONIAMARIA.docx	19/09/2015 18:51:08	Teima Campos Medeiros Lorenz	Aceito
Outros	Resposta_diligencia.doc	11/09/2015 00:07:45	Sônia Maria Soares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	11/09/2015 00:05:04	Sônia Maria Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_idoso_ESF.docx	11/09/2015 00:02:03	Sônia Maria Soares	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	07/08/2015 14:11:22		Aceito
Outros	Termo compromisso.pdf	05/08/2015 20:23:40		Aceito
Outros	COEP estudo longitudinal coorte.docx	05/08/2015 20:22:51		Aceito
Outros	Aprovação ENB.docx	05/08/2015 20:20:51		Aceito
Outros	Carta de anuência SMSA-EH.docx	05/08/2015 20:19:43		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 20 de Setembro de 2015

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8627 2ª Ad 31 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.275-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br