



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
CAMPUS SOBRAL

WYARLENN DIVINO MACHADO

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA O ENFRENTAMENTO
DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ.**

SOBRAL – CEARÁ

2020

WYARLENN DIVINO MACHADO

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DAS
CONDIÇÕES CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ.

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
da Família, da Universidade Federal do
Ceará – UFC, *Campus* Sobral, como
requisito para a obtenção do título de
Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Izabelle
Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Coorientador: Prof^º. Ms. Marcos Aguiar
Ribeiro

SOBRAL – CEARÁ

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M135a Machado, Wyarlenn Divino.
Avaliação da capacidade institucional para o enfrentamento das condições crônicas no município de Sobral, Ceará. / Wyarlenn Divino Machado. – 2020.
99 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2020.

Orientação: Profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.
Coorientação: Prof. Me. Marcos Aguiar Ribeiro.

1. Hipertensão. 2. Diabetes. 3. Avaliação em Saúde. 4. Atenção à Saúde. I. Título.

CDD 610

WYARLENN DIVINO MACHADO

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DAS
CONDIÇÕES CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ.

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
da Família, da Universidade Federal do
Ceará – UFC, *Campus* Sobral, como
requisito para a obtenção do título de
Mestre em Saúde da Família.

Apresentado em: 24/06/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Orientadora

Prof^º. Ms. Marcos Aguiar Ribeiro
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Coorientador

Prof^ª.Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP
Examinador Externo

Prof^º. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Examinador Interno

Dedico a minha mãe!

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre estar guiando meus caminhos e oportunizando crescer em meio aos desafios por mim enfrentados com fé e perseverança.

A minha família, em especial a minha mãe, a quem fielmente dedico todas as minhas conquistas e realizações. A ela por estar sempre nos momentos triste e felizes me orientando a nunca desistir dos meus objetivos e que sempre é preciso acreditar que na vida nada é em vão, e sim um aprendizado.

A minha orientadora professora Izabelle Mont'Alverne a quem agradeço pelo aprendizado, compromisso e paciência a mim dirigido. Ao meu coorientador professor Marcos Aguiar pelo apoio dedicado nesse processo de construção.

Aos bolsistas e voluntários do Observatório de Pesquisas para o SUS, em que pude desfrutar de todo o aprendizado adquirido e pela ajuda que me foi oferecida na minha coleta de dados. A todos eles, o meu muuuito obrigado!

A Kênia Vasconcelos, enfermeira e primeira dama da cidade de Ubajara, por me oferecer apoio para a conclusão desse processo.

Aos amigos de trabalho Valdenia Teixeira (enfermeira) e Cláudio Alves (médico) por estarem sempre na torcida e me dando todo apoio necessário para a conclusão deste processo.

Por fim, os meus sinceros votos de gratidão a todos!

“Quando se quer, qualquer lugar do mundo é logo ali.”

Pe. Fábio de Melo

RESUMO

As mudanças ocorridas no perfil da sociedade, atualmente, direcionam para uma necessidade de adaptações dos serviços de saúde para o enfrentamento de diversas situações que tem como causas características sociais, religiosas, políticas e econômicas. As condições crônicas em saúde, por exemplo, apresentam-se como grande desafio ao setor saúde, à medida que se evidencia um crescimento prevalente em sua realidade, requerendo assim um empoderamento também estrutural para a viabilização do acesso e das atividades que envolvem essa realidade. Logo, a pesquisa objetivou avaliar a capacidade institucional para o enfrentamento das condições crônicas em saúde, na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral – CE, na ótica da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*. Trata-se de um estudo de avaliação na perspectiva das abordagens quanti – qualitativa. O mesmo foi ancorado nos princípios de De Salazar, utilizando o Modelo de avaliação da efetividade de intervenções para controlar e prevenir doenças crônicas não transmissíveis. O campo de investigação foi o município de Sobral, mais especificamente na estratégia saúde da família da sede. Os sujeitos foram os enfermeiros e gerentes de cada equipe de saúde da família, em que foi aplicado um questionário de avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas. A análise dos dados foi realizada mediante cálculos para a obtenção da média por partes e a média final de todas as equipes. Também se utilizou a análise de conteúdo de Bardin com suporte do software N Vivo 11. O estudo esteve em conformidade com os princípios bioéticos conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo ainda recebeu parecer favorável do Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o número: 2.054.329. O estudo evidenciou que, no entendimento dos enfermeiros e gerentes, o município apresentou uma capacidade razoável para a atenção às condições crônicas, com média final 7,61. Na mesma ideia, segue a avaliação por estratégia saúde da família do município, em que também foi classificada uma capacidade razoável com média 7,4. Outro aspecto relevante identificado pelos entrevistados se deve ao compromisso da gestão em saúde na efetivação da estrutura de saúde do município, concretizando investimentos que foram aplicados para o desenvolvimento contínuo da saúde de seus usuários. Assim sendo, a manutenção de uma execução prática e investimentos na política municipal estabelecida, proporcionará um constante e saudável crescimento à saúde, entendendo-a como organismo primordial que necessita de cuidados para o correto e fiel funcionamento.

Palavras – Chave: Hipertensão. Diabetes. Avaliação em Saúde. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The changes that have taken place in the profile of society, currently, lead to a need for adaptations of health services to cope with various situations that are caused by social, religious, political and economic characteristics. Chronic health conditions, for example, present a big challenge to the health sector, as there is evidence of a prevalent growth in its reality, thus requiring also structural empowerment to enable access and activities that involve this reality. Therefore, the research aimed to evaluate the institutional capacity for coping with chronic health conditions in the Family Health Strategy in the City from Sobral - CE, from the perspective of Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. This is an evaluation study from the perspective of quantitative and qualitative approaches. It was anchored in the principles of De Salazar, using the Model for evaluating the effectiveness of interventions to control and prevent chronic non-communicable diseases. The research field was from Sobral, but specifically in the family health strategy of the headquarters. The subjects were the nurses and managers of each family health team, in which a questionnaire was applied to assess institutional capacity to care for chronic conditions. Data analysis was performed using calculations to obtain the average by parts and the final average of all teams. Bardin content analysis was also used with the support of the N Vivo 11 software. The study was in accordance with bioethical principles according to Resolution 466/12, of the National Health Council. It also received a favorable opinion from the Ethics Committee in Research by the University Vale do Acaraú, under the number: 2,054,329. The study showed that, in the understanding of nurses and managers, the City had a reasonable capacity to care for chronic conditions, with a final average of 7.61. In the same idea, the evaluation by the City's family health strategy follows, in which a reasonable capacity with an average of 7.4 was also classified. Another relevant aspect identified by the interviewers is due to the commitment of the health management in the accomplishment of the health structure from the City, making investments that were applied for the continuous development of the health of its users. Therefore, the maintenance of a practical execution and investments in the established in the City policy, will provide a constant and healthy growth to health, understanding it as a primordial organism that needs care for the correct and faithful functioning.

Keywords: Hypertension. Diabetes. Health Evaluation. Attention to Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo de Atenção Crônica.....	32
Figura 2 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	33
Figura 3 – O Modelo da Pirâmide de Risco.....	33
Figura 4 – Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead.....	34
Figura 5 – Modelo de Avaliação da Efetividade de Intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	36
Figura 6– Matriz de variáveis e indicadores de avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir doenças crônicas não transmissíveis.....	37
Figura 7 - Dendograma de Nós de Cluster por Similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de Correlação de Pearson, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.....	52
Figura 8 - Nuvem de Palavras a partir da consulta às fontes de informações, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.....	53
Figura 9 - Indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das equipes de saúde por Centro de Saúde da Família de Sobral, Ceará até janeiro/2017.....	40
Quadro 2 – Dimensões para avaliação e a interpretação dos resultados do ACIC, Sobral, Ceará, 2020.....	42
Quadro 3 – Consolidado da avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas, na perspectiva dos gerentes, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.....	45
Quadro 4 – Consolidado da avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas, na perspectiva do enfermeiros, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.....	47
Quadro 5 – Consolidado geral da avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.....	49
Quadro 6 - Retrato situacional da Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas, HAS e DM, por Estratégia Saúde da Família, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.....	50
Quadro 7 - Composição das categoriais iniciais e finais, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.....	54
Quadro 8 - Estratificação de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Média de cobertura da Estratégia de Saúde da Família na região, taxa de internação hospitalar e coeficiente de mortalidade (ambos os sexos e 20 – 74 anos) dos 42 municípios estudados por DCNT. Rio Grande do Sul, Brasil – 2001, 2004, 2007 e 2010.....	24
Tabela 2 – Percentual de adultos (> ou = 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal, Vigitel, 2017.....	27
Tabela 3 – Percentual de adultos (> ou = 18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2017.....	30

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tendências de mortalidade por câncer, diabetes e hipertensão em Botsuana.....	23
Gráfico 2 - Tendências de mortalidade por DCNT de 1996 a 2000 e 2007.....	25
Gráfico 3 - Níveis pressóricos dos usuários atendidos no serviço de pronto atendimento. Manaus (AM), Brasil, 2016.	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB – Atenção Básica
- AC – Análise de Conteúdo
- ACIC – *Assessment of Chronic Illness Care*
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CCM – *Chronic Care Model*
- CSF – Centro de Saúde da Família
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- DCNT – Doença Crônica Não Transmissível
- DCV – Doença Cardiovascular
- DM – *Diabetes Mellitus*
- EPS – Educação Permanente em Saúde
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- GSSS – Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- KP – Kaiser Permanente
- MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas
- MS – Ministério da Saúde
- MPR – Modelo da Pirâmide de Risco
- OBSERVA-SUS – Observatório de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAD – Pressão Arterial Diastólica
- PAS – Pressão Arterial Sistólica
- PET – SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
- PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
- PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
- RAS – Rede de Atenção à Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UVA – Universidade Estadual Vale do Acaraú
- VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Aproximação com o objeto de pesquisa	17
1.2 Contextualização do objeto de estudo	18
1.3 Justificativa e Relevância	21
2 OBJETIVOS	23
2.1 Geral	23
2.2 Específicos	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 Aspectos Epidemiológicos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	24
3.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	27
3.3 Epidemiologia do Diabetes Mellitus (DM)	30
3.4 Referencial Teórico	32
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	37
5 METODOLOGIA	39
5.1 Abordagem e Tipologia do Estudo	39
5.2 Campo de Investigação	39
5.3 Participantes da Pesquisa	41
5.4 Procedimentos para a coleta de dados	42
5.5 Análise dos dados	44
5.6 Aspectos Éticos e Legais	45
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
6.1 Detalhamento objetivo das condições crônicas em saúde	46
6.2 Sistematização da Experiência: O contexto da Atenção às Condições Crônicas HAS e DM	52
6.2.1 Sistema de Informação em Saúde	55
6.2.2 Organização do Serviço e Gestão do Cuidado às Condições Crônicas	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	72

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gerentes e demais Profissionais de Saúde.....	79
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada para gerentes e enfermeiros	81
ANEXO A – Questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas – Assessment of Chornic Illness Care (ACIC).....	84
ANEXO B - Parecer da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral	96
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	98

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de pesquisa

O ciclo acadêmico, 2009 a 2014, na Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, mais precisamente no curso de Enfermagem, *a priori*, configurou-se realidade fundamental para a identificação, interesse e desenvolvimento de práticas voltadas para a saúde pública, enraizando, em várias oportunidades, para o contexto das condições crônicas em saúde.

Em 2011, minha inserção como monitor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), veio a concretizar um ideário teórico-prático que se caracterizou num “divisor de água” para o amadurecimento e vontade de trabalhar na ótica dessas condições. O PET permitiu esse casamento de ideias a partir de várias práticas desenvolvidas, em minha vigência no Programa, práticas estas na perspectiva da educação, promoção e comunicação em saúde na Estratégia Saúde da Família, no município de Sobral, Ceará.

Essa trajetória se consolidou uma efetiva preparação para o desenvolvimento de atividades práticas em minha vida profissional, tanto no contexto assistencial como na gestão.

No mesmo ano de conclusão de minha graduação, em 2014, tive a oportunidade de exercer meus conhecimentos adquiridos, não só na vida acadêmica como um todo, mas também externar todo o aprendizado adquirido em três anos de PET-SAÚDE, na Estratégia Saúde da Família (ESF), na cidade de Tianguá, Ceará, onde foi a primeira experiência prática como enfermeiro nos anos de 2014 a 2016.

Nesta oportunidade, vivi inúmeras situações que me direcionaram ao contexto das doenças crônicas e, em sua perspectiva mais ampla, das condições crônicas. Sejam através das consultas de enfermagem até a criação de grupos, das diversas naturezas, mas principalmente de idosos e gestantes. Nessa ótica, a responsabilidade e o papel fundamental que desenvolvi como enfermeiro no contexto da promoção da saúde, por exemplo, ressignificou todo um aprendizado adquirido do Programa na Universidade. Realidade essa que se assemelha quando estive também como enfermeiro na ESF na cidade de Ubajara, Ceará, no ano de 2017.

Ainda em meados de 2014 a 2016, vivenciei um dos maiores desafios profissionais enquanto enfermeiro, que foi exercer, também na cidade de Tianguá, a função de Coordenador da Atenção da Básica (AB). Mesmo com muitas mudanças no perfil prático que a função requer, busquei sempre estar presente nas equipes de saúde, estimulando a melhoria das práticas em saúde para a população, e uma dessas práticas, claro, foi não deixar adormecer as atividades que envolviam a realidade das condições crônicas em saúde. Por se tratar de uma demanda crescente em virtude de vários fatores biopsicossociais, tive sempre como atitude profissional realizar educações permanentes, seminários ou reuniões, por

exemplo, como forma de tentar controlar as diversas situações profissionais de minhas equipes que envolvessem a cronicidade instalada, tentando, assim, dar uma resposta clara para a comunidade.

Já no ano de 2018, ingressei em outra e diferente realidade profissional, também desafiante, pois até então minha maior experiência profissional era a Atenção Básica (AB), que foi o serviço hospitalar na cidade de Ubajara. Mesmo com diversas mudanças práticas, foi neste ambiente que também pude perceber o quanto a saúde da população estava fragilizada por diversos contextos crônicos, em sua maioria de causas sensíveis a AB. Mesmo no hospital, jamais deixei de lado a prática holística e paliativa, pois sempre acreditei que, mesmo que haja mudanças, no que se refere ao ambiente de trabalho, sempre há oportunidade para a execução de práticas que busquem oferecer a melhoria da saúde e qualidade de vida daquele que está sob seus cuidados.

Por fim, ainda no ano de 2018, consegui uma de minhas grandes conquistas, que foi minha aprovação no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, atuando na linha de pesquisa Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (GSSS). Em consonância, ingressei no Grupo de Pesquisa Observatório de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (OBSERVA-SUS), da Universidade Estadual Vale do Acaraú. No mestrado, desenvolvi, evidentemente, minha dissertação na ótica das condições crônicas em saúde, constituindo-se uma extensão teórico-prática de minha carreira profissional e oportunizando uma discussão ampla desta realidade de saúde.

1.2 Contextualização do objeto de estudo

As mudanças ocorridas no perfil da sociedade, atualmente, direcionam para a necessidade de adaptações dos serviços de saúde para o enfrentamento de diversas situações que tem como causas características sociais, religiosas, políticas e econômicas. As condições crônicas em saúde, por exemplo, apresentam-se como um grande desafio ao setor saúde, à medida que se evidencia um crescimento prevalente em sua realidade, requerendo assim um empoderamento também estrutural para a viabilização do acesso e das atividades que envolvem essa realidade.

Segundo Mendes (2012, p. 33):

“As condições crônicas vão, portanto, muito além das condições crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento de gestantes e a atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo, deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; condições de saúde

caracterizadas como enfermidades (*illnesses*) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevem nos padrões biomédicos.

Na ótica dessas transformações, a população mundial vem experimentando um processo gradativo de envelhecimento de sua estrutura etária, em função da queda da fecundidade e da mortalidade. O segmento de idosos no mundo alcançou 770 milhões de pessoas em 2010, cerca de 11% da população. Esse contingente deve chegar a 1 bilhão em 2020, aproximadamente 13% da população mundial, dos quais 20% residirão em países em desenvolvimento (REIS; NORONHA E WAJNMAN, 2016).

No Brasil, esse processo vem ocorrendo em alta velocidade e nem as cidades, nem o Sistema de Saúde conseguiram ainda adaptar-se de forma a gerar qualidade de vida ou atender a população idosa, grupo populacional mais vulnerável e que mais utiliza o sistema de saúde. Se, por um lado, as alterações sociais, econômicas e culturais, bem como os avanços médico-sanitários, determinaram a queda da mortalidade em geral e o aumento da expectativa de vida da população, por outro, uma proporção cada vez maior dessa população alcança idade mais avançada, sofrendo de doenças crônicas, que possuem período de latência e duração longos, podendo algumas delas deixar sequelas que impõem limitações às funções do indivíduo, acarretando anos de utilização recorrente dos serviços de saúde (ALVES, et al., 2016).

Aleluia et al. (2017) confirmam ao discorrer que a elevada prevalência das condições crônicas no Brasil tem exigido transformações na organização dos serviços de saúde, de modo a promover melhorias em sua integração e exemplifica que o aumento da carga de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se constitui um relevante desafio para sistemas de saúde, tendo em vista que sua ocorrência vem crescendo de modo significativo, sobretudo em países em desenvolvimento.

O Diabetes *Mellitus* (DM), por exemplo, destaca-se, atualmente, como importante causa de morbidade e mortalidade. Estimativas globais indicam que 382 milhões de pessoas vivem com DM (8,3%), e esse número poderá chegar a 592 milhões em 2035. Acredita-se, ainda, que aproximadamente 50,0% dos diabéticos desconhecem que têm a doença. Quanto à mortalidade, estima-se que 5,1 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram em decorrência do diabetes em 2013. Até 2030, o DM pode saltar de nona para sétima causa mais importante de morte em todo o mundo (CAMPOS e FLOR, 2017).

A Hipertensão Arterial (HAS), doença com elevada prevalência na população adulta e idosa, apresenta gênese multifatorial, caráter crônico insidioso e evolução oligo/assintomática, o que contribui para o diagnóstico tardio e para a não adesão do indivíduo ao tratamento, incluindo a não utilização de consultas de rotina e atividades em grupo ofertadas na Atenção Básica (BARRETO et al., 2018).

Na ótica institucional, Pinto e Giovanella (2018) ao enunciarem que, com a descentralização do sistema público de saúde, gradualmente, os municípios brasileiros passaram a responsabilizar-se pela atenção à saúde de seus habitantes, constituindo-se uma enorme mudança na perspectiva institucional, gerencial, política e financeira.

Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (MENDES, 2010).

Evidentemente, ao entender o funcionamento dessa organização institucional, no Brasil se criou uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços efetivos e eficientes dos quais necessitam, que se trata exatamente da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O pilar de uma RAS é a Atenção Primária à Saúde (APS), que assume o papel central no desenho e no funcionamento desses sistemas. Portanto, o sucesso da RAS depende da efetividade da APS, por meio dos seus atributos que tratam da resolutividade, responsabilidade e coordenação (COSTA; CAZOLA; e TAMAKI, 2016).

Mendes (2010) volta a contribuir conceituando que as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolutividade, a comunicação e a responsabilização. A função da resolutividade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da

população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita (MENDES, 2012).

Em 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs que os governos deveriam obter um nível de saúde para todos os cidadãos, permitindo vida social e econômica produtiva. Em 1978, os princípios enunciados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, desencadeou grandes debates e experiências que impactaram o pensamento relacionado à APS, considerada estratégia integral, permanente e onipresente do sistema de atenção à saúde em todos os países, embora a implementação, sobretudo naqueles em desenvolvimento, tenha priorizado estratégias seletivas (CRUZ et al., 2017).

No Brasil, por exemplo, como forma de fortalecer a APS e atingir os objetivos do SUS, criou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se constitui como um modelo de cuidados primários elaborado para facilitar o acesso aos serviços de saúde; ser o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde; proporcionar cuidados efetivos, de forma integral, com coordenação com os outros serviços de saúde, no contexto de atenção centrada na família e comunidade, de forma a superar as desigualdades, buscando a equidade no sistema (MORIMOTO e COSTA, 2017).

Estes autores ainda contribuem que evidências positivas na implantação da ESF já foram apontadas em estudos prévios, indicando, no caso, uma melhora no processo de trabalho na atenção primária, com expansão da universalização do acesso aos serviços de saúde, extensão de cobertura, maior acolhimento e vínculo, coordenação dos serviços e enfoque familiar.

1.3 Justificativa e Relevância

O empoderamento dos serviços de saúde para o enfrentamento das condições crônicas, requer um envolvimento profissional efetivo que contribua para a execução de ações direcionadas para o controle e equilíbrio dessa realidade.

Tratando-se de um fenômeno crescente e que se configura em problema de saúde pública, em seu contexto amplo, as condições crônicas em saúde são reflexos de mudanças nos parâmetros epidemiológicos, sociais, políticos e econômicos e que necessitam da participação de gestores e serviços de saúde para um controle eficiente que possibilite colocar em prática atividades, antes planejadas e organizadas, por quem se constitui como base para o bom funcionamento do serviço: os profissionais.

A hipertensão arterial e a diabetes, de fato, são consequências, às vezes, de uma má situação de vida das pessoas e que agravam, conseqüentemente, quando se observam fragilidades dos serviços de saúde para o atendimento a essa realidade.

Nessa ótica, urgiu a necessidade de expressar o relevante papel que a estratégia saúde da família desempenha na busca pela resolutividade dos problemas de saúde de uma comunidade ou população. Acreditando sempre que há sim a possibilidade de diminuir o impacto negativo que as condições crônicas podem deixar se não tratadas com um olhar integral e resolutivo.

Nessa perspectiva, a construção dessa pesquisa foi ancorada na ideia de se oferecer subsídios para a gestão com o propósito de melhorar a saúde e qualidade de vida de pessoas que apresentam hipertensão e diabetes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a capacidade institucional para o enfrentamento das condições crônicas em saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral – CE, na ótica da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM).

2.2 Específicos

- Compreender a percepção dos profissionais da ESF acerca da organização do serviço de saúde para o enfrentamento das condições crônicas;
- Analisar as dimensões relacionadas à organização da atenção à saúde e sistema de informação clínica, na perspectiva da Atenção às Condições Crônicas;
- Classificar o nível dos componentes, referente à organização da atenção à saúde e sistema de informação clínica na ótica do instrumento Assessment of Chronic Illness Care – ACIC.

3 REVISÃO DE LITERATURA

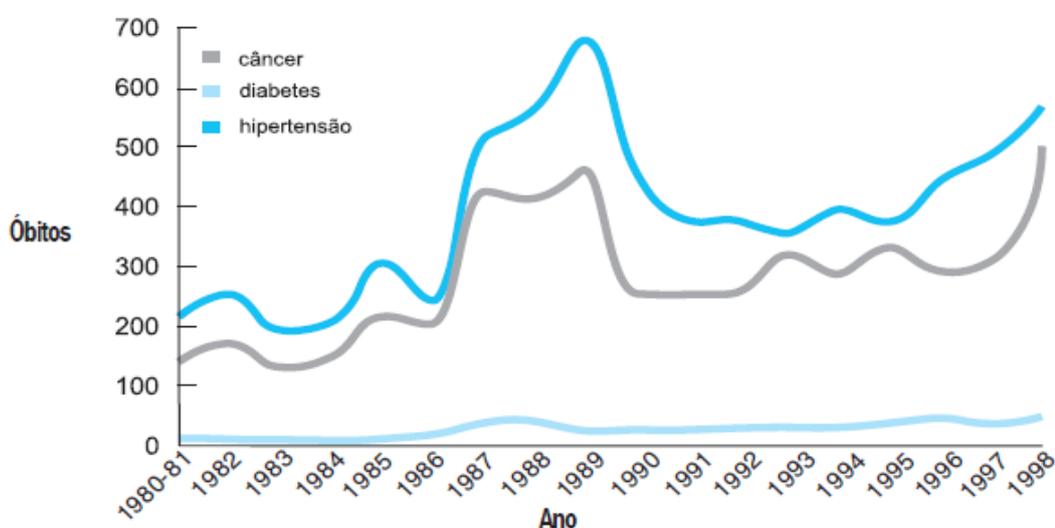
3.1 Aspectos epidemiológicos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

O principal impacto negativo do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que se configuram nas causas principais de mortalidade e incapacidade em todo o mundo. Essas doenças são responsáveis por 38 milhões de mortes anuais, sendo que $\frac{3}{4}$ desse total ocorrem em países de baixa e média renda como o Brasil. Além disso, é nesse grupo de países que ocorre um maior número de mortes antes dos 70 anos, já que o acesso à saúde preventiva e os tratamentos dessas patologias são limitados, contribuindo para uma menor expectativa de vida (SILVA, et al., 2017).

Por sua natureza, as DCNT são caracterizadas por terem uma etiologia multifatorial, longos períodos de latência, curso prolongado e origem não infecciosa, e por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais (ROUQUAYROL E SILVA, 2013). Segundo Hyeda e Costa (2017), as DCNT são um conjunto de enfermidades que se caracterizam, de forma geral, por tempo longo de evolução, causa multifatorial, habitualmente irreversíveis e que resultam em graus variáveis de incapacidade ou óbito prematuro.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as condições crônicas aumentam em ritmo alarmante. A ascensão das doenças não transmissíveis e dos distúrbios mentais é o que mais preocupa, pois esses agravos pesam no orçamento de países ricos e pobres. Essa mudança inegável dos problemas de saúde (de doenças infecciosas para problemas crônicos) tem muito mais implicações e traz ameaças previsíveis e significativas para todos os países.

Gráfico 1 – Tendências de mortalidade por câncer, diabetes e hipertensão em Botsuana.



Fonte: OMS (2003)

As condições crônicas atualmente constituem o maior problema de saúde em países desenvolvidos e as tendências para os países em desenvolvimento preveem uma situação similar. As tendências epidemiológicas indicam que haverá aumentos das condições crônicas em todo o mundo.

A mortalidade, como consequência mais grave das DCNT, constitui-se outro quesito fundamental para uma atuação dos serviços de saúde na diminuição desses indicadores e que refletem diretamente no contexto social, político e econômico. Medeiros et al. (2018) afirmam que, apesar da redução de cerca de 20% na taxa de mortalidade por DCNT nos últimos anos, principalmente no que se refere às doenças cardiocirculatórias e respiratórias crônicas, as doenças crônicas não transmissíveis continuam evidenciando um fator relevante para a diminuição da produtividade no trabalho e na renda das famílias no Brasil.

Medeiros et al. (2018), em estudo realizado no Rio Grande do Sul, com 42 municípios desta região, evidenciaram que uma participação e envolvimento efetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF), colaborou para uma redução das taxas de internação hospitalar bem como o coeficiente de mortalidade nos municípios em questão, conforme se apresenta na tabela 1:

Tabela 1 – Média de cobertura da Estratégia de Saúde da Família na região, Taxa de Internação Hospitalar e Coeficiente de Mortalidade (ambos os sexos e 20-74 anos) dos 42 municípios estudados por DCNT. Rio Grande do Sul, Brasil – 2001, 2004, 2007 e 2010.

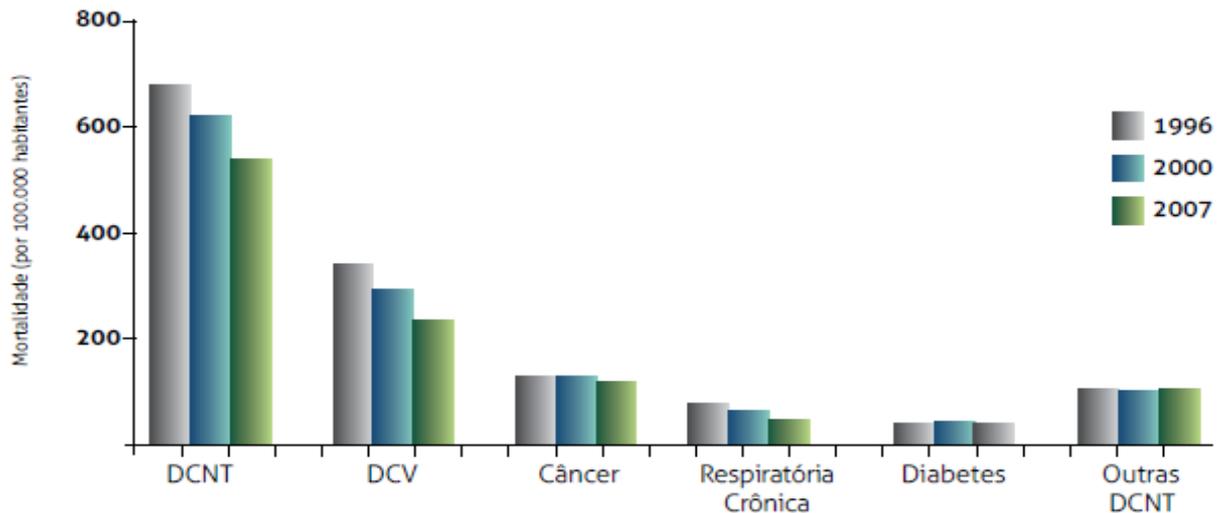
Ano	Média de Cobertura da Estratégia Saúde da Família	Taxa de Internação Hospitalar e Coeficiente de Mortalidade	Coeficiente de Mortalidade
2001	17,02	108,65	24,04
2004	53,92	92,66	20,44
2007	65,84	86,02	19,79
2010	68,60	55,05	18,35

Fonte: MEDEIROS et al. (2018). Adaptado pelo autor (2020)

Nessa ótica, de todas as mortes ocorridas no Brasil em 2007, 58% foram atribuídas às quatro DCNT priorizadas no Plano de Ação 2008-2013 da Organização Mundial de Saúde (OMS) – doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer. Embora a avaliação da mortalidade bruta por DCNT indique um aumento de 5% de 1996 para 2007, de 442 para 463 mortes por 100 mil habitantes, quando essas taxas são padronizadas por faixa etária para a população-padrão da OMS e corrigidas para sub-registro com redistribuição das causas mal definidas de morte, a comparação ao longo de tempo mostra que

a mortalidade por DCNT diminuiu em 20% de 1996 para 2007, como mostra a gráfico 2 (BRASIL, 2011).

Gráfico 2 – Tendências de mortalidade por DCNT de 1996 a 2000 e 2007



Fonte: BRASIL (2011). Adaptado pelo autor (2019)

No Brasil, as DCNT constituem-se como a principal causa de mortalidade, onde se destacam as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Além disso, as DCNT são a principal carga de doença no país, que em 1998, respondiam por 66% dos anos de vida com qualidade perdidos devido à doença (RIBEIRO, 2018).

No tocante, frente a essa realidade e na perspectiva de contribuir para a melhoria desses indicadores, ações estratégicas são realizadas para fornecer apoio na diminuição dos riscos e complicações decorrentes das DCNT.

Segundo Sá et al. (2016), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) aponta a necessidade de transversalidade a Promoção da Saúde na rede de atenção, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais e na integralidade do cuidado. Nesse sentido, por exemplo, o Programa Academia da Saúde se destaca como um novo equipamento da atenção básica com potencial de fortalecer e qualificar as ações de promoção da saúde nas comunidades. O programa foi criado em 2011 visando principalmente à promoção de práticas corporais e atividades físicas sendo, porém, redefinido em 2013, com seu objetivo ampliado para contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população.

Nessa ótica, faz-se necessário que as linhas de cuidado às pessoas com DCNT necessitam articular, sempre, ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e cuidado, voltadas para as necessidades dos usuários. Logo, recomenda-se ainda a organização da atenção a partir da identificação de grupos de risco, uma vez que o mapeamento dos grupos prioritários para atuação trará expressivas colaborações na abordagem às doenças crônicas não transmissíveis (RIBEIRO, 2018).

3.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Ao longo da última década, as doenças cardiovasculares, principalmente a doença coronariana isquêmica, acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva se tornaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, representado cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das DCNT. Estas causam, por si só, 17 milhões de mortes no mundo (RAYMUNDO e PIERIN, 2014).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial de alta prevalência e baixas taxas de controle, representando um importante problema de saúde pública no mundo em virtude do seu caráter crônica e incapacitante. Ela é considerada o mais importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), podendo evoluir para complicações nos sistemas renal, encefálico e vascular. Estimativa aponta uma prevalência global de HAS de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (MACHADO, 2016).

Entretanto, estima-se que no Brasil, a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico prévio de hipertensão no ano de 2015 foi de 22,8%, sendo Manaus a capital que apresentou a menor prevalência de hipertensão referida 14,0% (IC_{95%} 11,3 – 16,7%) e a mais elevada em Macapá (28,7%) (OLIVEIRA et al, 2018).

De acordo com o Vigitel (2018)¹, a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 16,1% em Palmas e 30,7% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Maceió (26,3%), Natal (26,2%) e Rio de Janeiro (26,0%), e as menores, no Distrito Federal (13,9%), Palmas (14,8%) e Fortaleza (15,4%). Entre as mulheres, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (34,7%), Recife (30,0%) e Salvador (28,7%) e as menores, em Palmas e São Luís (17,3%) e Macapá (19,5%), conforme pode ser visualizado na tabela 2.

¹ VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, que implantado em 2006, com 54 mil entrevistas anuais, investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos (> ou = 18 anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil.

Tabela 2 – Percentual de adultos (> ou = 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2017.

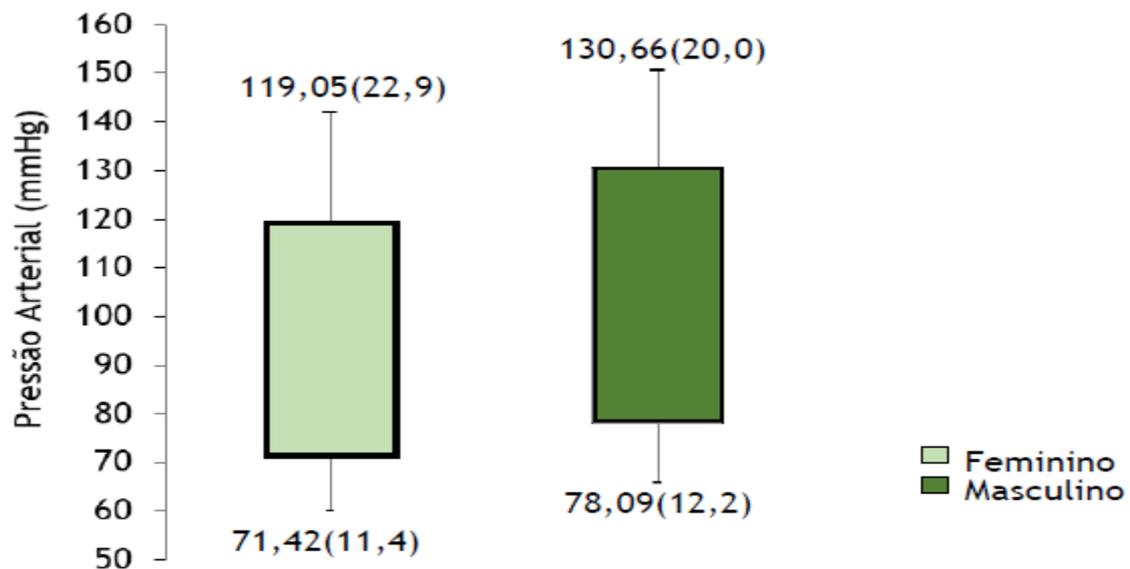
Capitais/DF	Sexo									
	Total			Masculino			Feminino			
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%		
Aracaju	26,1	23,6 - 28,6		24,1	19,9 - 28,2		27,7	24,7 - 30,7		
Belém	20,7	18,4 - 23,0		17,5	14,2 - 20,8		23,4	20,2 - 26,5		
Belo Horizonte	25,5	23,4 - 27,6		22,6	19,5 - 25,6		27,9	25,1 - 30,8		
Boa Vista	21,0	18,0 - 23,9		18,3	13,8 - 22,9		23,4	19,7 - 27,1		
Campo Grande	23,9	21,3 - 26,6		23,2	18,9 - 27,5		24,6	21,5 - 27,7		
Cuiabá	24,0	20,8 - 27,2		22,1	16,5 - 27,7		25,8	22,3 - 29,3		
Curitiba	23,1	20,4 - 25,7		22,1	17,8 - 26,4		23,9	20,7 - 27,0		
Florianópolis	21,5	19,3 - 23,8		20,1	16,6 - 23,5		22,9	19,9 - 25,8		
Fortaleza	19,3	17,3 - 21,3		15,4	12,5 - 18,3		22,6	19,9 - 25,3		
Goiânia	23,0	20,8 - 25,3		22,1	18,5 - 25,7		23,9	21,1 - 26,6		
João Pessoa	24,4	21,9 - 26,9		21,7	17,9 - 25,5		26,6	23,4 - 29,8		
Macapá	21,4	17,9 - 24,8		23,4	17,2 - 29,5		19,5	16,3 - 22,7		
Maceió	26,6	23,8 - 29,3		26,3	21,5 - 31,1		26,8	23,6 - 30,0		
Manaus	20,9	17,9 - 23,9		21,2	16,1 - 26,2		20,7	17,3 - 24,1		
Natal	25,9	23,4 - 28,4		26,2	22,0 - 30,4		25,6	22,8 - 28,5		
Palmas	16,1	14,2 - 18,0		14,8	12,0 - 17,6		17,3	14,6 - 19,9		
Porto Alegre	25,6	22,9 - 28,3		22,1	18,1 - 26,0		28,4	24,9 - 32,0		
Porto Velho	20,9	17,9 - 24,0		19,7	15,0 - 24,5		22,2	18,5 - 25,9		
Recife	26,3	23,9 - 28,6		21,6	18,2 - 25,1		30,0	27,0 - 33,0		
Rio Branco	19,5	17,0 - 22,1		18,2	14,0 - 22,4		20,7	17,7 - 23,7		
Rio de Janeiro	30,7	28,1 - 33,3		26,0	22,2 - 29,7		34,7	31,2 - 38,2		
Salvador	26,0	23,7 - 28,2		22,6	19,2 - 26,0		28,7	25,9 - 31,6		
São Luís	16,6	14,5 - 18,6		15,6	12,3 - 18,8		17,3	14,7 - 20,0		
São Paulo	24,5	22,3 - 26,6		22,5	19,1 - 25,8		26,1	23,4 - 28,9		
Teresina	20,8	18,6 - 22,9		21,2	17,6 - 24,8		20,4	17,9 - 22,9		
Vitória	26,2	23,8 - 28,5		25,1	21,2 - 28,9		27,1	24,2 - 30,1		
Distrito Federal	18,2	15,2 - 21,2		13,9	10,0 - 17,9		21,9	17,6 - 26,3		

Fonte: BRASIL (2018)

No estudo de Oliveira et al. (2018), verificou-se que a Pressão Arterial Sistólica (PAS) das mulheres variou de 112,5 mmHg a 125,5 mmHg, com média de 119,5(22,9) mmHg e a

Pressão Arterial Diastólica (PAD) das mulheres variou de 68,1 mmHg a 74,6 mmHg, com média de 71,4 (11,4) mmHg. Averiguou-se entre os homens, que a PAS variou de 124,9 mmHg a 136,3 mmHg, com média de 130,6 (20,0) mmHg e a PAD variou de 74,6 mmHg a 81,5 mmHg, com média de 78,9 (12,2) mmHg. Ressalta-se que ambas as médias da PAS ($p=0,008$) e da PAD ($p=0,006$) foram superiores no sexo masculino quando comparadas aos níveis pressóricos do sexo feminino.

Gráfico 3 - Níveis pressóricos dos usuários atendidos no serviço de pronto atendimento. Manaus (AM), Brasil, 2016.



Fonte: OLIVEIRA et al. (2018).

Oliveira et al. (2018) ainda apontam que a idade, o sexo e o estado nutricional são alguns dos fatores que se relacionam à hipertensão arterial, apontados como determinantes para o desenvolvimento da doença, com riscos mais elevados para os indivíduos do sexo masculino, aumentando consideravelmente com o envelhecimento, o tabagismo, o alcoolismo, sedentarismo e que se encontram com excesso de peso.

O estilo de vida é fator fundamental e condicionante para o desenvolvimento ou risco de complicações da HAS. Em consonância, o Vigitel (2018) afirma que, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Entre esses, destacam-se o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

O Vigitel atribui, por exemplo, a condição de prática insuficiente de atividade física a indivíduos cuja soma de minutos despendidos em atividades físicas no tempo livre, no deslocamento para o trabalho/escola e na atividade ocupacional não alcança o equivalente pelo menos 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa.

Com a mesma contribuição, Machado et al. (2014) afirmam que é consenso na literatura científica que o sucesso do tratamento da HAS e de suas complicações está condicionado às mudanças de estilo de vida, independente do tratamento medicamentoso, com destaque a redução dos fatores de risco modificáveis: excesso de peso, alimentação inadequada e inatividade física.

Na ótica das taxas de mortalidade por doenças hipertensivas, o Ceará evidenciou 26,8% por 100.000 habitantes, já na Região de Saúde de Sobral, também no Ceará, a taxa estimada era de 20,5%. É relevante ressaltar também que a HAS além de ser uma das principais causas de mortes por doenças do aparelho circulatório, acarreta um ônus socioeconômico elevado, com uma vida produtiva interrompida por invalidez temporária ou permanente (RIBEIRO, 2018).

3.3 Epidemiologia do Diabetes Mellitus (DM)

De acordo com Moreira et al. (2018) o Diabetes Mellitus (DM) é considerado como um grupo de distúrbios metabólico que apresenta em comum a hiperglicemia. Devido à sua alta incidência e ao desenvolvimento de complicações agudas e crônicas, configura-se como um dos principais problemas de saúde pública mundial. Atualmente, estima-se que a população com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035.

A incidência e prevalência do Diabetes Mellitus tem crescido no mundo todo devido à associação com comportamentos e fatores de risco, a saber alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e obesidade. Estudos revelam que essa doença é responsável por incapacitações que se refletem negativamente na qualidade de vida do acometido, no aumento de mortes prematuras, além de gerar enormes custos no controle e tratamento de suas complicações (TESTON, SALES e MARCON, 2017).

Nessa ideia, Menezes, Lopes e Nogueira (2016) afirmam que de 2008 a 2010, o DM e suas complicações foram responsáveis por 10,3% e 36,6% do total de hospitalizações no Sistema Único de Saúde brasileiro, com custo médio de R\$ 1302 a R\$ 1315 por hospitalização, respectivamente. Entre as principais complicações da doença, destacam-se as disfunções metabólicas agudas (cetoacidose e coma hipoglicemia), microvasculares (nefropatias, retinopatia e neuropatia) e macrovasculares (doença vascular periférica, doença arterial coronariana e acidente vascular encefálico).

Estima-se que a prevalência do DM aumente consideravelmente até 2030, entre as pessoas idosas nos países europeus e nos Estados Unidos, e em pessoas de todas as idades nos países em desenvolvimento, chegando a duplicar na faixa dos 20 aos 44 anos. Nas capitais brasileiras, a prevalência de diabetes autorreferida entre pessoas com mais de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, no período entre 2006 e 2011. No entanto, com diferenças de faixas etárias e localidades (ARRUDA, SCHMIDT e MARCON, 2018).

Segundo dados do Vigitel a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de diabetes variou entre 4,5% em Palmas e 8,8% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Boa Vista (9,0%), Belo Horizonte (8,6%) e Porto Alegre (8,3%) e as menores, em Palmas (3,7%), Cuiabá (4,2%) e Teresina (4,6). Entre mulheres, o diagnóstico de diabetes foi mais frequente em Vitória e Rio de Janeiro (10,3%) e Recife (8,8%) e menos frequente em Palmas (5,1%), Macapá (5,2) e Florianópolis e São Luís (5,6%).

Tabela 3 – Percentual de adultos (> ou = 18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2017.

Capitais/DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	6,9	5,7 - 8,0	6,4	4,5 - 8,4	7,2	5,8 - 8,6
Belém	6,2	5,0 - 7,5	5,6	3,8 - 7,5	6,8	5,0 - 8,5
Belo Horizonte	8,2	7,0 - 9,4	8,6	6,6 - 10,7	7,8	6,3 - 9,3
Boa Vista	8,1	4,8 - 11,4	9,0	2,7 - 15,3	7,3	4,8 - 9,8
Campo Grande	7,7	6,2 - 9,2	8,2	5,4 - 10,9	7,3	5,7 - 8,8
Cuiabá	5,8	4,7 - 6,9	4,2	2,9 - 5,5	7,3	5,5 - 9,1
Curitiba	7,2	5,8 - 8,5	7,4	5,2 - 9,6	7,0	5,4 - 8,7
Florianópolis	5,4	4,4 - 6,4	5,3	3,7 - 6,9	5,6	4,2 - 6,9
Fortaleza	7,6	6,2 - 9,0	6,9	4,8 - 9,0	8,1	6,3 - 10,0
Goiânia	7,2	6,0 - 8,5	8,1	5,8 - 10,4	6,5	5,2 - 7,8
João Pessoa	7,3	6,0 - 8,7	7,8	5,4 - 10,2	7,0	5,5 - 8,5
Macapá	6,0	4,1 - 8,0	7,0	3,6 - 10,3	5,2	3,1 - 7,2
Maceió	7,8	6,3 - 9,2	7,7	5,5 - 10,0	7,8	6,0 - 9,6
Manaus	7,0	5,1 - 8,8	7,9	4,5 - 11,3	6,1	4,5 - 7,8
Natal	6,8	5,7 - 8,0	6,0	4,2 - 7,7	7,6	6,0 - 9,2
Palmas	4,5	3,3 - 5,6	3,7	2,3 - 5,2	5,1	3,4 - 6,9
Porto Alegre	8,0	6,3 - 9,7	8,3	5,4 - 11,2	7,8	5,9 - 9,7
Porto Velho	7,5	5,3 - 9,7	6,4	3,8 - 9,0	8,7	5,0 - 12,4
Recife	7,3	6,2 - 8,4	5,4	3,8 - 7,1	8,8	7,3 - 10,3
Rio Branco	6,2	4,4 - 7,9	6,6	3,5 - 9,6	5,8	4,0 - 7,7
Rio de Janeiro	8,8	7,5 - 10,1	7,0	5,3 - 8,7	10,3	8,3 - 12,2
Salvador	6,6	5,5 - 7,7	5,0	3,6 - 6,4	8,0	6,4 - 9,7
São Luís	5,2	4,0 - 6,3	4,7	3,0 - 6,4	5,6	4,0 - 7,1
São Paulo	8,3	6,9 - 9,7	8,0	5,9 - 10,0	8,6	6,8 - 10,4
Teresina	5,6	4,5 - 6,8	4,6	3,1 - 6,1	6,5	4,9 - 8,1
Vitória	8,5	7,1 - 9,8	6,2	4,6 - 7,9	10,3	8,2 - 12,4
Distrito Federal	7,3	5,4 - 9,2	6,8	3,8 - 9,7	7,8	5,4 - 10,2

Fonte: BRASIL (2018)

Em relação ao Estado do Ceará, a DM em consonância com neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas vem se destacando num maior espaço no perfil da mortalidade e morbidade da população. Desta forma, a taxa de mortalidade proporcional por DM aumentou de 19,4 em 1998 para 24,2 em 2005 (RIBEIRO, 2018).

Em âmbito nacional, a doença também representa um problema de saúde de grande magnitude. Em 2013, o Brasil ocupou a quarta posição entre os países com maior número de pessoas diabéticas, contando com 11,9 milhões de casos entre indivíduos adultos (20 – 79 anos). Além disso, entre 1996 e 1997, observou-se um incremento de 2,0% na mortalidade por esse agravo (FLOR e CAMPO, 2017).

De acordo com Silva et al. (2016), cerca de 9% dos gastos com internações hospitalares na rede pública brasileira são atribuídos ao diabetes. Parcela importante das complicações da doença pode ser evitada por meio da atenção primária oportuna e de qualidade. No seu conjunto, cerca de 120 mil hospitalizações na rede pública, ou seja, 6,5 internações por 10 mil habitantes, poderiam ter sido evitadas, no ano de 2006, com ações efetivas no âmbito da atenção primária no Brasil.

3.4 Referencial Teórico

As doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam por serem multifatoriais, de longa duração e se desenvolver no decorrer da vida. Constituem o maior problema global de saúde e são responsáveis por cerca de 70% das mortes no mundo, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (REIS, 2018).

Nessa ótica, urge a necessidade da implementação de novas práticas em saúde que possibilitem uma transformação nos moldes assistenciais ancorados nas características contributivas da gestão em saúde e, com isso, possam transformar a realidade de saúde, a fim de melhorar a situação epidemiológica, política e social da população.

O Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model* (CCM), proposto por Wagner, foi desenvolvido pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. O mesmo tratou-se de uma resposta às situações de saúde de alta prevalência de condições crônicas e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições. A resposta a essa crise dos sistemas de atenção à saúde nos Estados Unidos foi fator motivador para o desenvolvimento do CCM. Este compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos conforme a figura 1: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as

mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (MENDES, 2012).

Figura 1 – Modelo de Atenção Crônica

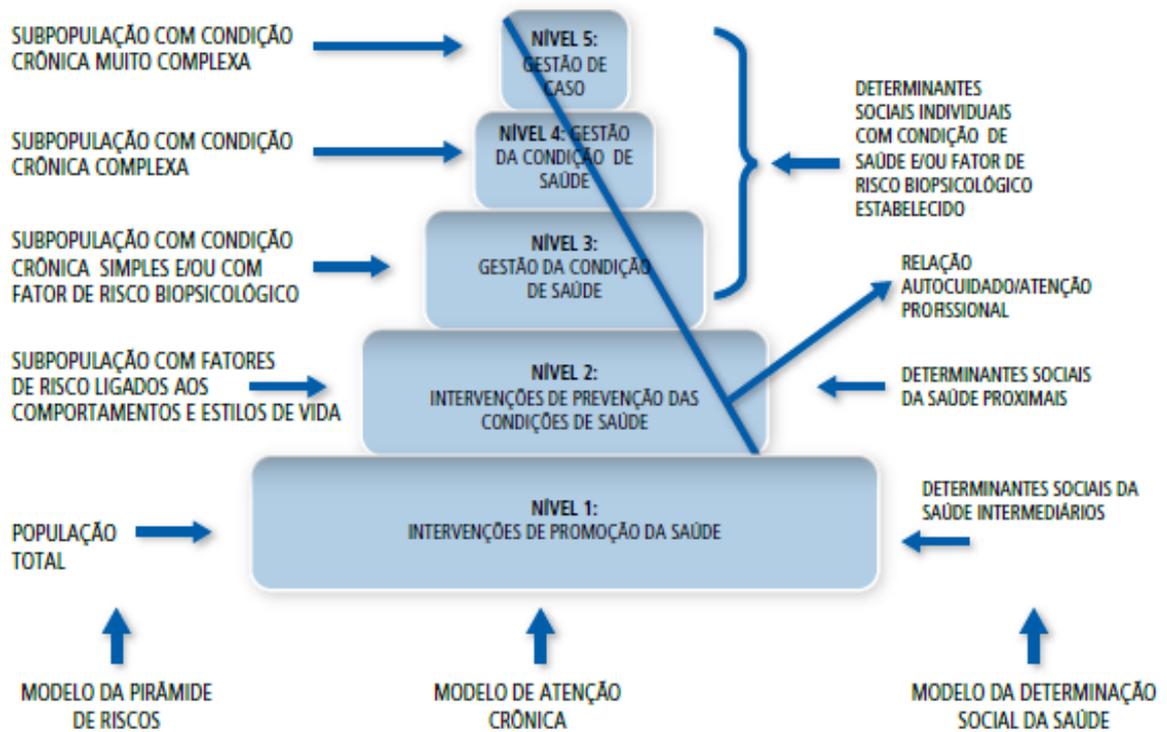


Fonte: WAGNER (1998) apud MENDES (2012). Autorização de uso de imagem concedida pelo American College of Physicians.

No Brasil, no entanto, o CCM tem sido utilizado como parte de experiências que inovaram os cuidados direcionados às condições crônicas no SUS, nas Secretarias Municipais de Saúde de Curitiba e Diadema, no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre e pelo projeto Qualidia do Ministério da Saúde. Logo, o CCM foi acolhido pelo Ministério da Saúde através do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022 (BRASIL, 2012).

As evidências na literatura internacional sobre os modelos de atenção à saúde e a particularidade do SUS fez com que Mendes (2011) desenvolvesse um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) figura 2, que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro. Todavia, um segundo modelo, Figura 3, que está presente na construção do MACC é o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR), conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente (KP), uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou na sua rotina assistencial (MENDES, 2012).

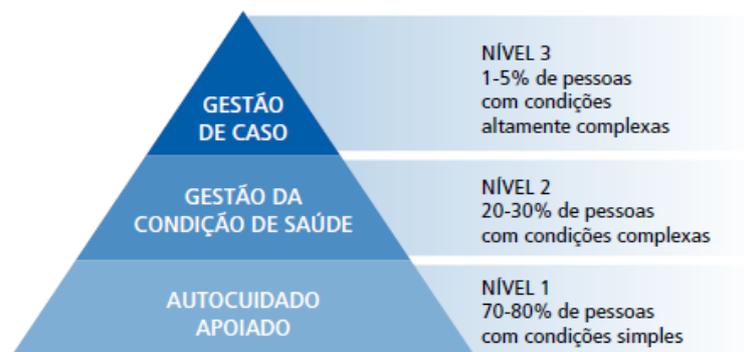
Figura 2 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: MENDES (2012)

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de determinação social em saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. E na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções proporcionais, preventivas e de gestão da clínica (MENDES, 2012).

Figura 3 – O Modelo da Pirâmide de Risco



Fonte: DEPARTMENT OF HEALTH (2005); PORTER; KELLOGG (2009).

A figura 3 expõe que uma população portadora de uma condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade: 70% a 80% estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condição simples; 20% a 30% estão no nível 2 e são pessoas que apresentam condição complexa; e, finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa. Sua lógica está em promover a saúde de toda a população, de estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais singelas, de ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição estabelecida e de manejar os portadores de condição de saúde altamente complexas por meio da tecnologia de gestão de caso (MENDES, 2012).

A importância dos determinantes sociais da saúde permite compreender que é possível reduzir a ocorrência das doenças, atacando sua causa, mediante ações específicas sobre determinantes como renda, ocupação, saneamento, estrutura familiar, educação, disponibilidade de serviços, exposições a doenças, redes e apoio social, discriminação social e acesso a ações preventivas de saúde (ROCHA, et al., 2016).

O Modelo de Dahlgren e Whitehead, figura 4, inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes (MENDES, 2012).

Figura 4 - Modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: MENDES (2012)

Mendes (2012) ainda afirma que a relevância dos determinantes sociais da saúde decorre do fato de que eles repercutem diretamente na saúde: permitem predizer a maior proporção das variações no estado de saúde, a iniquidade sanitária, estruturam os comportamentos relacionados com a saúde, e interatuam mutuamente na geração da saúde.

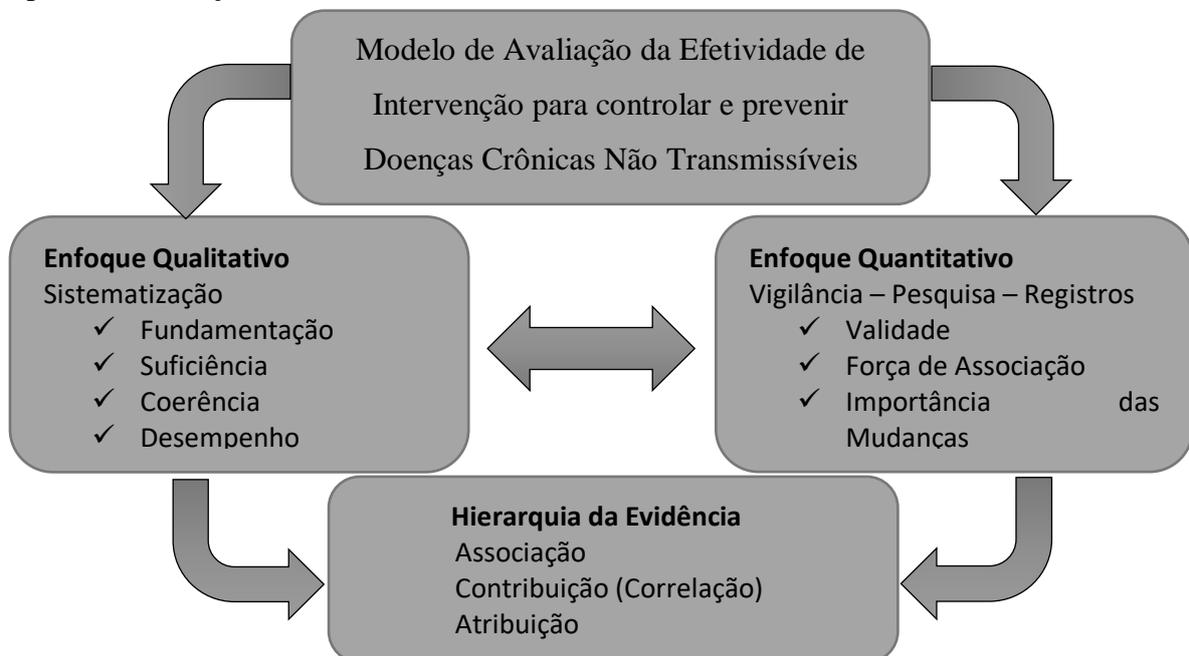
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A pesquisa foi ancorada nos princípios de De Salazar (2011), em que apresenta um modelo para a avaliação de efetividade das intervenções, na perspectiva de controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

Este modelo parte do pressuposto de que é preciso empregar metodologias de avaliação adequadas para a análise dos processos e dos contextos locais de formulação e implementação de práticas complexas em saúde. Para tanto, o processo de integração de técnicas avaliativas conhecido como triangulação de diferentes fontes de informação, de pesquisadores e de métodos de coleta de dados, além da utilização de abordagens quantitativas e qualitativas, é utilizado para favorecer o melhor entendimento sobre o impacto da intervenção no contexto real da atenção primária à saúde desenvolvida em unidades básicas de saúde (MOYSÉS, FILHO, MOYSÉS, 2018).

O modelo proposto para avaliar a efetividade dessas intervenções foi aplicado para validação e teste em quatro cidades da América Latina, na Venezuela, Argentina, Colômbia e em Cali, na Colômbia.

Figura 5 – Modelo de Avaliação da Efetividade de Intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis



Fonte: DE SALAZAR (2011). Traduzido pelo autor (2019).

A avaliação das intervenções em saúde pública, na ótica da prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados, deve ser um produto de um processo participativo com suporte técnico e social, para responder se a intervenção avaliada permite atender ao objetivo para o qual foi criado. A resposta, entretanto, a esta pergunta pode ser dada através da articulação de duas funções essenciais da saúde, que buscam a mesma intencionalidade e qualifica o processo de tomada de decisão: são eles a avaliação de intervenções e o monitoramento de frequência e distribuição de eventos de interesse, sendo este último, função desenvolvida pelos sistemas de vigilância em registros de saúde (DE SALAZAR, 2011).

Uma matriz (Figura 6) de dimensões, variáveis e indicadores baseada na abordagem metodológica proposta por Salazar (2011) inclui as seguintes dimensões: a) Análise da qualidade do desenho da intervenção, o que inclui a sistematização da experiência com foco na sua fundamentação teórica, suficiência e viabilidade de implementação, descrição de atividades e recursos, além da definição de indicadores de sucesso; b) Análise de contexto e estrutura, o que permitirá a análise do contexto onde as ações estão sendo implementadas, tanto nos aspectos relativos ao perfil das equipes, populações e territórios, quanto na percepção de profissionais e usuários sobre a capacidade institucional e o processo de cuidado às condições crônicas; c) Análise de processos em curso, buscando identificar mudanças em indicadores e no processo de trabalho, bem como na percepção das equipes e usuários sobre as mudanças ao longo do tempo; d) Análise de resultados intermediários por condição de interesse, HAS e DM, no tocante, (MOYSÉS, FILHO, MOYSÉS, 2012).

Figura 6 – Matriz de variáveis e indicadores de avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir doenças crônicas não transmissíveis



Fonte: DE SALAZAR (2011). Traduzido pelo autor (2019)

5 METODOLOGIA

5.1 Abordagem e Tipologia do Estudo

A pesquisa se configurou do recorte de um produto maior intitulado: Avaliação da atenção às condições crônicas na estratégia saúde da família de Sobral – CE: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como marcadores. Logo, a mesma trata de um estudo de avaliação, na perspectiva da hipertensão e diabetes com abordagens quanti-qualitativa.

No que tange a avaliação, Minayo (2014) corrobora que é um processo sistemático de fazer questionamentos acerca do mérito e a importância de determinado assunto, proposta ou programa.

Para Hartz e Silva (2010), a avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presentes em diversos âmbitos e campos do espaço social. As suas diversas possibilidades de expressão, nesses diferentes campos, por exemplo: relacionados aos processos de determinação do esforço, mérito ou valor pago de algo ou produto desse processo, tem gerado uma polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatório, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicação das suas opções teóricas e técnicas.

Na ótica qualitativa, Minayo (2001) afirma que a pesquisa com essa abordagem responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Minayo (1993) ainda afirma que abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

Segundo Pereira (2012), a abordagem quantitativa ocorre quando os resultados podem ser quantificados onde a pesquisa tem como característica a objetividade, com base na análise de dados brutos, coletados por meio de instrumentos padronizados e neutros e recorre à matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis.

5.2 Campo de Investigação

A pesquisa teve como cenário para sua construção o município de Sobral – CE e suas respectivas equipes de saúde. A cidade foi criada pela Lei nº 229 de 1841. Localiza-se na zona do sertão centro-norte do Estado do Ceará, limitando-se ao norte com os municípios de Meruoca, Massapê e Santana do Acaraú; ao sul com Santa Quitéria, Groaíras e Cariré; a leste

com os municípios de Miraíma, Irauçuba e Canindé e, a oeste, com Coreaú, Mucambo e Alcântaras. Encontra-se distante de Fortaleza 224 km, tendo como vias de acesso à capital a BR 222 e a CE 362, e possui uma área territorial de 2.122 km², sendo, entre os municípios cearenses, o décimo nono no que se refere a maior dimensão territorial. A cidade é composta por uma rede de atenção à saúde hierarquizada e regionalizada do SUS com serviços em diferentes níveis de complexidade, que o faz pólo para a Macrorregião Norte do Ceará, sendo referência para 55 municípios e sede para a Microrregião de Saúde, sendo esta formada por 24 municípios. (SOBRAL, 2016).

A atenção primária à saúde, por exemplo, tem sido notadamente reconhecida nacionalmente por ser referência por sua organização e desde sua implantação vem obtendo grandes avanços nesta área, tendo adotado a Estratégia Saúde da Família (ESF) como referência de orientação do nível primário. Sendo esta estratégia prioritária de reorientação do modelo de atenção à saúde, a ESF neste município é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, desta forma tem implantado 63 equipes de saúde da família distribuídas em 35 Centros de Saúde da Família (CSF), como mostra o quadro 1:

Quadro 1 – Distribuição das equipes de saúde por Centro de Saúde da Família de Sobral, Ceará até janeiro de 2017.

Centro de Saúde da Família	Localização	Equipes de Saúde	População acompanhada
Alto da Brasília	Sede	02	6.764
Alto do Cristo	Sede	02	7.596
Aprazível	Distrito	02	4.906
Aracatiaçu	Distrito	02	5.854
Baracho/São Francisco	Distrito	01	1.239
Bilheira	Distrito	01	1.560
Bonfim	Distrito	01	2.080
Caic	Sede	02	6.752
Caioca/Salgado dos Machados	Distrito	01	2.949
Campo dos Velhos	Sede	01	7.754
Caracará	Distrito	01	1.962
Centro	Sede	01	5.621

Coelce	Sede	04	11.312
Cohab II	Sede	02	7.680
Cohab III	Sede	02	9.605
Dom Expedito	Sede	02	7.204
Estação	Sede	02	7.797
Expectativa	Sede	03	12.515
Jaibaras	Distrito	02	8.397
Jordão	Distrito	01	3.406
Junco	Sede	03	13.225
Padre Palhano	Sede	02	10.263
Patos	Distrito	01	970
Patriarca	Distrito	01	2.515
Pedrinhas	Sede	02	10.309
Rafael Arruda	Distrito	01	4.354
Recanto	Sede	01	3.200
Sinhá Sabóia²	Sede	04	16.186
Sumaré	Sede	02	8.328
Tamarindo	Sede	02	4.424
Taparuaba	Distrito	02	6.312
Terrenos Novos 1	Sede	03	13.911
Terrenos Novos 2	Sede	01	11.314
Torto	Distrito	01	2.026
Vila União	Sede	02	10.864

Fonte: CNS (2017); SOBRAL, 2017.

5.3 Participantes da Pesquisa

Foram considerados como participantes do estudo, os Enfermeiros (E1...E27) e Gerentes (G1...G14) da Estratégia Saúde da Família, localizados na sede do município, totalizando 23 unidades de saúde visitadas. Ressalta-se que, para a identificação dos discursos dos participantes, foram atribuídos nomes fictícios, com alusão às pedras preciosas.

² Em 2017, parte da população acompanhada pelo Centro de Saúde da Família Sinhá Sabóia foi direcionada para o Centro de Saúde da Família Santo Antônio inaugurado no dia 01 de maio de 2017. Todavia, para fins da pesquisa foram considerados os 35 CSF conforme descrito no Projeto de Pesquisa.

No que se refere ao enfermeiro, este destaca-se por sua atuação enquanto gestor de sua equipe e dos serviços de saúde em todos os âmbitos. Ressalta-se que a função administrativa do enfermeiro é reconhecida nas unidades de todos os níveis de atenção à saúde, destacando-se na atenção primária à saúde, no qual ele assume responsabilidades assistenciais e gerenciais, inerentes ao contexto da saúde primária utilizando competências, habilidades e criatividade para a efetividade dos serviços de saúde (COUTINHO, 2019).

Como critérios de inclusão dos enfermeiros e gerentes da ESF, foi levado em consideração ter experiência de, no mínimo, três meses, acreditando ser um tempo suficiente para o empoderamento do seu local de saúde. Quanto aos critérios de exclusão, levou-se em consideração os afastamentos por qualquer natureza ou férias.

5.4 Procedimentos para a coleta de dados

Na perspectiva de analisar o contexto institucional do serviço de saúde, na ótica das condições crônicas, foi aplicado um questionário de avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas (Assessment of Chronic Illness Care – ACIC) (ANEXO A), que foi proposto por MacColl Institute for Health Care Innovation, traduzido e validado no Brasil por (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012). Entretanto, para a composição e análise nesta pesquisa, levou-se em consideração duas dimensões integrantes do ACIC, a saber: Parte 1: Organização da Atenção à Saúde; e Parte 6: Sistema de Informação Clínica. Ambos na perspectiva quanti e qualitativa.

O ACIC permite a avaliação pelos profissionais da capacidade institucional 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. O instrumento, na ótica objetiva, construído com base em evidências, é composto por seis elementos – chave vinculados aos requisitos para o desenvolvimento do modelo de atenção e mais um sétimo elemento que considera a integração de seus componentes. Em detalhe, o profissional ou as equipes 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 um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. A menor pontuação possível (0) corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

Quadro 2 – Dimensões para avaliação e a interpretação dos resultados do ACIC, Sobral, Ceará, 2020.

Dimensões	Conceito
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 permite 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 de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e 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 Modelo de Atenção às Condições Crônicas (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.).
<p>Interpretação dos resultados</p> <p>Pontuações entre "0" e "2" = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas</p> <p>Pontuações entre "3" e "5" = capacidade básica para a atenção às condições crônicas</p> <p>Pontuações entre "6" e "8" = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas</p> <p>Pontuações entre "9" e "11" = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas</p>	

Fonte: MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS (2012).

Em uma perspectiva qualitativa, foi desenvolvido um instrumento para coleta de dados, onde os participantes foram abordados por meio de entrevista semi-estruturada (ANEXO B), aplicado de maneira individual aos enfermeiros e gerentes das unidades de saúde, exatamente para redimensionar essa compreensão. Este instrumento, foi aplicado mediante a utilização de um gravador para facilitar a análise das informações e no intuito de que nenhuma informação seja perdida em meio a riqueza de detalhes.

Destaca-se que, para o agendamento das entrevistas com os participantes, foram realizadas ligações telefônicas para os gerentes das unidades, com o propósito de deixar claro o dia e horário das visitas. Quanto ao horário, foi acordado, a cada ligação, dar preferência ao turno da tarde por apresentar uma demanda menor, segundo os gerentes.

Ressalta-se, ainda, o papel relevante dos alunos bolsistas e voluntários do Observatório de Pesquisas para o Sistema Único de Saúde (OBSERVA-SUS), em que participaram dos processos que culminaram na coleta dos dados, pois os mesmos foram submetidos a uma capacitação dos instrumentos de coleta que aconteceu no observatório, para torná-los aptos para sua aplicabilidade. A capacitação se deu mediante a exposição e/ou distribuição dos instrumentos quanti e qualitativos aos alunos, de acordo com as unidades de saúde, onde esses foram instruídos quanto ao preenchimento, organização para a coleta, os dias e os horários de aplicação. Logo, criaram-se grupos de alunos que além da coleta propriamente dita, os mesmos tiveram o papel de auxiliar os enfermeiros e gerentes no preenchimento, principalmente do instrumento quantitativo, caso houvesse dificuldade de compreensão.

5.5 Análise dos dados

Para a análise das duas dimensões elencadas do ACIC, foram realizados cálculos para a obtenção da média final de todas as equipes participantes, de maneira a possibilitar a avaliação institucional para a atenção às condições crônicas, assim como a média por partes (1 e 6) e/ou por dimensões. Na ótica qualitativa, a análise dos dados se deu por meio da Análise de Conteúdo (AC) de Bardin e a utilização do software N VIVO 11.

Segundo Bardin (2016), a AC procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, tendo como seu principal material os significados. Busca ainda o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica e histórica, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares.

Assim, o processo de análise foi organizado em três fases, a saber: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

a) Pré- análise: fase de organização e sistematização das ideias. Nesta fase, foi realizada uma leitura flutuante, onde se configurou o primeiro contato com os dados coletados. Logo, foi definido o corpus da análise, onde as unidades de análise deste estudo foram relacionadas à atenção às condições crônicas, sendo o corpus de dados assim configurado: Análise de entrevistas com os gerentes e enfermeiros do Sistema de Saúde de Sobral.

b) Exploração do material: momento em que os dados brutos foram codificados para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Assim, evidenciamos trechos e transcrições na íntegra dos discursos, priorizando aqueles que revelavam a essência do depoimento. Esta fase foi essencialmente de escolha de falas dos sujeitos para transformá-las em unidade de análise.

c) Tratamento dos resultados e interpretação: nessa fase, os dados foram submetidos à análise propriamente dita. Além disso, foi realizada identificação objetiva de características

dos discursos, dialogando com diferentes fontes de informação e a literatura que aborda o objeto de estudo, bem como a compreensão do pesquisador, com o propósito de subsidiar o processo de interpretação dos resultados.

5.6 Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa, mediante sua relevância, esteve em conformidade com os princípios bioéticos preconizados pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos. Por se tratar de um recorte de uma pesquisa maior, a mesma em consonância com os preceitos éticos, já possui parecer favorável para seu desenvolvimento, ao ter sido submetida à avaliação da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral – CE (ANEXO C) e, seguidamente, a sua autorização, através da Carta de Anuência.

A mesma foi cadastrada na Plataforma Brasil para sua apreciação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, desta forma apresentou o parecer autorizável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, sob o número do Parecer: 2.054.329 em 09 de maio de 2017 (ANEXO D).

Todos os participantes do estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), mediante todas as explicações quanto aos objetivos da pesquisa, seus direitos e deveres enquanto participantes. Reforça-se que todos os participantes receberam nomes fictícios, prezando pelo anonimato de todos os envolvidos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Detalhamento objetivo das Condições Crônicas em Saúde

Para essa análise, foi aplicado o Questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para a atenção às condições crônicas (Assessment of Chronic Illness Care – ACIC) com 27 enfermeiros assistencialistas e 14 gerentes da ESF sede de Sobral, Ceará. De início, o quadro 3, demonstra o consolidado das respostas na percepção dos gerentes da ESF, referente à organização da atenção à saúde (Parte 1) e sistema de informação clínica (Parte 6).

Quadro 3 - Consolidado da Avaliação da Capacidade Institucional para a atenção às condições crônicas, na perspectiva dos gerentes, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Gerente (G1...G14)	Parte 1 <i>Organização da Atenção à Saúde</i>	Parte 6 <i>Sistema de informação clínica</i>	Média entre as partes
G1	5,66	6,66	6,16
G2	8,00	6,33	7,16
G3	7,83	7,66	7,74
G4	7,83	6,83	7,33
G5	8,83	7,83	8,33
G6	9,33	9,00	9,16
G7	9,16	10,83	9,99
G8	7,66	7,83	7,74
G9	9,5	7,5	8,5
G10	8,16	9,6	8,88
G11	6,5	8,5	7,5
G12	8,16	5,5	6,83
G13	7,83	7,00	7,41
G14	7,66	4,66	6,16
Média por Parte	8,00	7,55	7,77
Média Total	7,77		

Fonte: Própria (2020)

Percebe-se que a média total foi de 7,77. Na ideia de Moysés; Silveira; Moysés (2012), conforme a validação brasileira, a pontuação entre “6” e “8”= razoável capacidade para a atenção às condições crônicas, ou seja, o município de Sobral apresentou estrutura para a atenção às condições crônicas razoável, na ótica de sua capacidade institucional e levando-se em consideração as partes 1 e 6 pontuadas pelos gerentes.

Considerando as médias por parte e entre as partes em questão, notou-se que os valores também apresentaram uma capacidade razoável. Ambas as partes analisadas, a saber: Organização da Atenção à Saúde; e Sistema de Informação Clínica apresentaram média 8,00 e 7,55, respectivamente e média por parte 7,77, evidenciando a capacidade.

Na percepção dos gerentes, referente à organização da atenção à saúde, somente o G1 classificou capacidade básica para o município, com pontuação 5,66, estando abaixo da média total atribuída ao município.

Já os gerentes G6, G7 e G9 atribuíram as melhores médias para a organização da atenção à saúde, 9,33; 9,16 e 9,5, respectivamente. Na visão destes, o município está com capacidade ótima para a atenção às condições crônicas. Provavelmente esses valores possam estar relacionados aos investimentos na organização dessa atenção.

No que tange ao sistema de informação clínica, somente o G12 e G14 apontaram notas de 5,5 e 4,66, respectivamente, para o município, onde o classifica com capacidade básica. Entretanto, o G7 o classifica com pontuação de 10,83, capacidade ótima, que o coloca acima da média total.

Na média entre as partes, a cidade apresentou capacidade ótima, na visão dos gerentes G6 e G7, com pontuações 9,16 e 9,99, respectivamente. Já G1, G12 e G14 pontuaram 6,16; 6,83; e 6,16, respectivamente com médias mais baixas entre as partes, classificando com razoável capacidade.

Em linhas gerais, observou-se que a compreensão objetiva dos gerentes está evidenciada com razoável capacidade, em sua maioria. Tal classificação equivale do município, conforme sua média total.

Nessa perspectiva avaliativa do gerente, quanto ao formato da organização do serviço de saúde, é fundamental destacar o papel transformador desempenhado por ele, o que denota a necessidade de sua presença para o sistema de saúde.

Em consonância com essa ideia, Nunes et al. (2018) afirmam que tomando-se por foco a dimensão organizacional, para que a Atenção Primária à Saúde (APS) possa cumprir o papel previsto pelo SUS, faz-se necessária uma gerência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) capaz de coordenar a equipe de modo a orientar o processo de trabalho, segundo os objetivos e finalidades propostos para esse nível de atenção.

Quanto à percepção dos enfermeiros assistencialistas, observou-se os seguintes valores como mostra o consolidado das respostas no quadro 4.

Quadro 4 – Consolidado da Avaliação da Capacidade Institucional para a atenção às condições crônicas, na perspectiva dos enfermeiros, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Enfermeiro (E1...E27)	Parte 1 <i>Organização da Atenção à Saúde</i>	Parte 6 <i>Sistema de informação clínica</i>	Média entre as partes
E1	6,16	5,5	5,83
E2	8,00	7,66	7,83
E3	9,00	8,33	8,66
E4	8,16	6,5	7,33
E5	9,83	9,66	9,74
E6	7,66	7,33	7,49
E7	9,83	9,16	9,49
E8	7,5	8,16	7,83
E9	7,66	8,5	8,08
E10	8,16	7,66	7,91
E11	7,83	7,16	7,49
E12	7,83	9,33	8,58
E13	7,66	7,33	7,49
E14	8,00	9,16	8,58
E15	6,83	4,00	5,41
E16	8,16	6,5	7,33
E17	8,66	9,16	8,91
E18	5,83	3,83	4,83
E19	8,5	4,83	6,66
E20	8,83	9,33	9,08
E21	7,33	7,5	7,41
E22	1,8	4,5	3,1
E23	5,16	8,83	6,99
E24	5,83	3,5	4,66
E25	7,33	8,16	7,74
E26	8,16	5,33	6,74

E27	8,00	5,5	6,75
Média por parte	7,58	7,38	7,33
Média total	7,43		

Fonte: Própria (2020)

Mediante a avaliação dos enfermeiros, obteve-se uma média total de 7,43, o que também demonstrou uma capacidade razoável para atenção às condições crônicas. Da mesma maneira que se manteve capacidade razoável para a organização da atenção à saúde e o sistema de informação clínica, com 7,58 e 7,38, respectivamente.

Com a mesma compreensão dos gerentes, os enfermeiros encararam que a realidade de saúde do município de Sobral, no que concerne às condições crônicas, mostrou-se com a mesma capacidade, mediante os valores do instrumento. Essa avaliação, de fato, evidenciou que a cidade está em constante preparação para oferecer uma seguridade na assistência à saúde dos usuários que apresentam alguma condição crônica, seja ela diabetes ou hipertensão.

Entretanto, é importante uma atenção contínua da gestão em saúde para o surgimento de algumas realidades territoriais que, por ventura, não alcançaram uma satisfação quanto à realidade das condições crônicas, como está evidenciado, na ótica da organização da atenção à saúde, em E22, com capacidade limitada (1,8). Já E23 apresentou capacidade básica (5,16) e da mesma forma E24 e E18, ambos também com capacidade básica e valor 5,83 cada.

Da mesma forma, percebeu-se que, em relação ao sistema de informação clínica para o município de Sobral, E1, E15, E18, E19, E22 e E24 classificaram com valores abaixo do perfil razoável em que se encontra o sistema de saúde local.

Em que E1 e E15 com valores 5,5 e 4,0, respectivamente, atribuíram uma capacidade básica. De forma semelhante, também foi classificada por E18, E19, E22 e E24 com mesma capacidade, sendo 3,83, 4,83, 4,5 e 3,5, respectivamente.

Este último retrato, configurou-se em situações pontuais em que certamente se caracterizaram por mudanças, que o município vem apresentando junto à nova realidade informatizada que o ministério da saúde preconiza com a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Logo, há mudanças na rotina das equipes para uma nova dinâmica de trabalho.

O PEC compreende um repositório de informações que são mantidas de forma eletrônica, ao longo de todo o ciclo de vida de um indivíduo. Nele são armazenadas as informações de saúde, clínicas e administrativas, originadas das ações das diversas categoriais que compõem a APS (BRASIL, 2020).

Analisando os valores referentes à média entre as partes, notou-se que as melhores médias estão pontuadas por E5, E7 e E20 com valores traduzidos em 9,74; 9,49 e 9,08 respectivamente, logo, com capacidade ótima para a saúde municipal.

Com isso, para uma compreensão geral, estão ilustrados os valores avaliativos dos enfermeiros e gerentes das UBS como mostra o quadro 5.

Quadro 5 – Consolidado geral da Avaliação da Capacidade Institucional para a atenção às condições crônicas, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Sujeito	Média Total
Enfermeiro	7,43
Gerente	7,77
Média Final	7,6

Fonte: Própria (2020)

O quadro 5 confirmou a realidade do município de Sobral, frente às partes analisadas neste estudo, parte 1 e parte 6 do instrumento ACIC, em que a média final, 7,6 do consolidado geral, findou uma compreensão de que o sistema de saúde local está evoluindo na perspectiva dos gerentes e enfermeiros sobre as condições crônicas em saúde.

Tal fato ou situação é corroborado no estudo de Ribeiro (2018) em que, ao analisar a estrutura do município de Sobral, a cerca das condições crônicas, e levando-se também em consideração a percepção dos enfermeiros e gerentes das UBS sede do município, concluiu que a média final foi 6,9, ou seja, com semelhante capacidade razoável.

Logo, por mais que o município tenha permanecido com a mesma capacidade razoável do estudo de Ribeiro (2018) para o atual, observou-se que houve uma evolução objetiva referente à média final, passando de 6,9 para 7,6. Certamente, esse acréscimo pode estar relacionado a novos investimentos na APS de Sobral, em específico, nas condições crônicas, que permitiram impulsionar para essa nova realidade.

Ao buscar um panorama detalhado da realidade das condições crônicas em saúde na cidade de Sobral, também, fez-se necessário um levantamento por ESF, com o propósito de compreender a situação territorial na visão dos profissionais. Com isso, o quadro 6 ilustra esse diagnóstico situacional.

Quadro 6 – Retrato situacional da Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas, HAS e DM, por Estratégia Saúde da Família, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Estratégia Saúde da Família	Parte 1 <i>Organização da Atenção à Saúde</i>	Parte 6 <i>Sistema de Informação Clínica</i>
Alto da Brasília	6,41	8,49
Alto do Cristo	7,72	6,99
Campo dos Velhos	8,16	6,00
CAIC	7,66	7,33
Caiçara	3,58	5,5
Centro	7,74	6,5
Coelce	8,12	8,08
Cohab II	7,62	7,33
Cohab III	5,83	4,5
Dom Expedito	8,41	7,33
Estação	8,10	7,44
Expectativa	7,64	7,52
Junco	8,14	7,98
Novo Recanto	8,99	9,08
Padre Palhano	7,79	8,44
Pedrinhas	7,91	7,33
Santo Antônio	5,83	3,83
Sinhá Sabóia	9,44	8,55
Sumaré	7,58	8,33
Tamarindo	7,75	5,74
Terrenos Novos 1	8,74	8,49
Terrenos Novos 2	8,16	5,96
Vila União	8,6	7,94
Média por parte	7,64	7,16
Média Total	7,4	

Fonte: Própria (2020)

No quadro 6, nota-se que a média total de 7,4 para a ESF, também denotou uma capacidade razoável para a situação das condições crônicas. Percebe-se que, das 23 unidades de saúde visitadas, somente duas unidades foram classificadas com capacidade ótima para o enfrentamento das condições crônicas, sendo Sinhá Sabóia com 9,44, na avaliação da organização da atenção à saúde e a ESF Novo Recanto com 9,08, referente ao sistema de informação clínica.

Na avaliação da média por parte, verifica-se que na organização da atenção à saúde foi atribuída uma média 7,64 e para o sistema de informação clínica 7,16, o que também evidenciou capacidade razoável.

Em contra partida, identificou-se que cinco unidades de saúde apresentaram capacidade básica, ou seja, foram identificados valores reduzidos quanto à avaliação, a saber: COHAB III (4,5); Santo Antônio (3,83); Tamarindo (5,74) e Terrenos Novos 2 (5,96), todos avaliados mediante o sistema de informação clínica, e Caiçara (3,58) referente à organização da atenção à saúde.

Ao se perceber todas as unidade de saúde analisadas, o que se observou foi um certo equilíbrio no âmbito comparativo das partes 1 e 6. Com isso, pondera-se que, por mais que se tenha identificado realidades territoriais que demonstraram certa fragilidade, ou não, na condução das condições crônicas em saúde, o município transpareceu está implicado no desenvolvimento das atividades em saúde para os usuários.

6.2 Sistematização da Experiência: O contexto da Atenção às Condições Crônicas HAS e DM

O referencial metodológico de De Salazar (2011), na ótica da Matriz Avaliativa, propõe que o processo de avaliação inicie com a Sistematização da Experiência. Com isso, as informações coletadas a partir das entrevistas com os enfermeiros e gerentes do sistema de saúde de Sobral, foram analisadas de forma a possibilitar a compreensão da Atenção às Condições crônicas HAS e DM, no contexto da atenção primária à saúde.

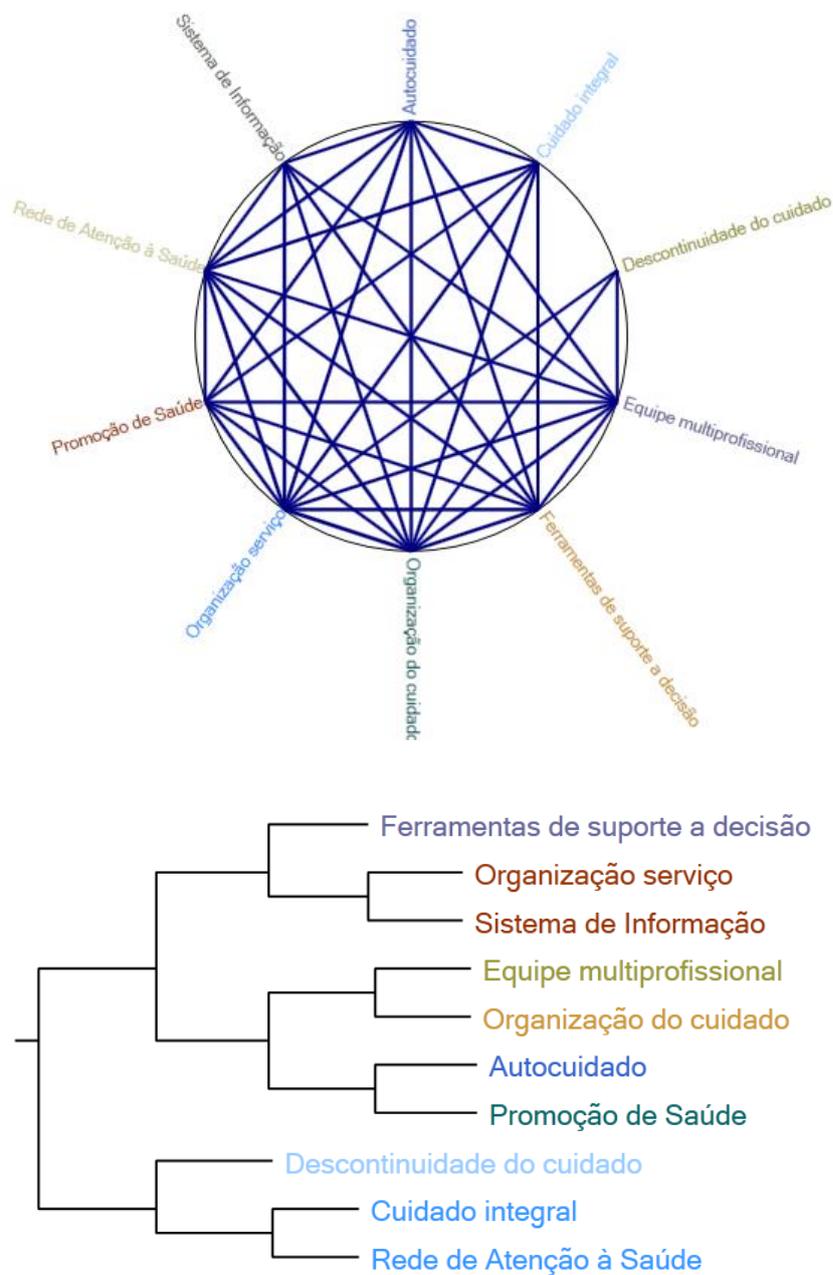
Logo, através da análise categorial de Bardin (2016) e com o suporte do *Software NVivo 11*, essas informações foram analisadas com o propósito de responder os objetivos da pesquisa. A formação das categorias, deu-se após a seleção de todo o material coletado, leitura flutuante e posterior codificação.

A princípio, a identificação das categorias iniciais, classificadas como nós, configurou-se nas primeiras impressões sobre a realidade da atenção às condições crônicas, ou seja, como sendo resultado do processo de codificação das entrevistas transcritas. Desse modo, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson para executar a análise de cluster

e, assim, gerar um diagrama que apresente as categorias iniciais. Logo, os resultados podem ser visualizados no Dendograma apresentado na Figura 7.

Sendo assim, no Dendograma de Nós em Cluster por Similaridade de Palavras, a partir do Coeficiente de Pearson, podemos perceber a formação de oito clusters, identificados por cores iguais e/ou diferentes na Figura 7, gerando assim uma rede de relações entre as categorias.

Figura 7 – Dendograma de Nós de Cluster por Similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de Correlação de Pearson, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.



Categoriais Iniciais/Nós	Categorias Finais
Ferramentas de Suporte à Decisão	Sistema de informação em saúde
Sistema de Informação	
Equipe Multiprofissional	Organização do serviço e gestão do cuidado às condições crônicas
Cuidado Integral	
Organização do Cuidado	
Organização do Serviço	
Promoção da Saúde	
Autocuidado	
Descontinuidade do Cuidado	
Rede de Atenção à Saúde	

Fonte: Própria (2020)

Logo, com o propósito de conhecer a atenção às condições crônicas em saúde, com enfoque na hipertensão e diabetes, elencaram-se as seguintes categorias:

6.2.1 Sistema de Informação em Saúde

O município de Sobral, por ser uma referência em APS, sempre buscou atender as recomendações do Ministério da Saúde (MS) referente às ações, estrutura e políticas de saúde para melhor oferecer aos seus usuários e profissionais. Com isso, o que se observou nas visitas realizadas nas unidades de saúde foi a informatização das equipes de saúde da família, como necessidade fundamental para a manutenção e continuidade do cuidado aos pacientes crônicos, atendendo assim uma nova dinâmica instituída pela MS, conforme Portaria nº 2.920, de 31 de outubro de 2017, que trata da inclusão do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde – PIUBS:

Art. 504-A. Fica instituído o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde - PIUBS, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB e da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde - PNIIS.

Desta forma, essa nova proposta do MS já foi aderida pelo sistema de saúde de Sobral, conforme evidenciado nos discursos:

“No município de Sobral já contamos com o E-SUS, que é um modelo nacional, que é imposto pelo Ministério da Saúde e o município de Sobral já trabalha com prontuário

eletrônico, que é o PEC. Então esses registros são feitos no prontuário eletrônico, são feitos no E-SUS e no prontuário físico, que Sobral, apesar de ter prontuário eletrônico não acabou com o prontuário físico (Esmeralda).”

“É importante que o paciente esteja cadastrado no PEC como hipertenso e/ou diabético, com a sua condição crônica, porque se não nunca vai gerar nenhum dado pra esse paciente como ele é diabético ou hipertenso no sistema do SUS (Granada).”

“Pronto. Aqui no município a gente usa o PEC que é o prontuário eletrônico do cidadão, que ajuda demais nesses registros, também se usa o prontuário físico e são também feitas pelo e-SUS e pela planilha [pausa] nessa planilha também tem o dia da consulta, o dia que ele veio, o dia que ele olhou a pressão. Então nas planilhas do acompanhamento também já tem esses detalhes e aí é usado prontuário físico, prontuário eletrônico e os registros no e-SUS (Opala).”

“A gente usa o prontuário eletrônico que ele já substitui o e-sus, né?!, já é tudo informatizado, mas assim, pra ter um controle, ainda foi (pausa) pactuado que em relação a esses pacientes crônicos, que além do prontuário eletrônico, né?! a gente também continuaria usando também o prontuário físico (...) (Topázio).”

As falas dos entrevistados corroboram com o compromisso da gestão em saúde na efetivação da estrutura de saúde do município, a fim de concretizar investimentos que, evidentemente, foram aplicados para o desenvolvimento contínuo da saúde de seus usuários. Desta forma, essa realidade de informatização das UBS contribuiu com a organização do serviço de saúde, conforme Gomes et al.(2019) afirmam: “A organização do serviço pode ser favorecida por meio do uso do PEC”.

Outro aspecto importante observado nos relatos, foi a manutenção do prontuário físico do paciente, mesmo com a presença do PEC. Certamente, essa situação tem demonstrado também uma preocupação do serviço, com a segurança e legitimação das informações, antes já contempladas, reforçando assim, a importância dos registros.

Nesta ótica, Maia e Valente (2018) sublinham a importância e diferença entre registros e dados, em que os registros devem sempre expressar o reflexo da avaliação do profissional quanto ao cliente e configuram o único meio de demonstrar a eficiência do cuidado oferecido, assim como a conformidade do trabalho executado, entretanto, dado é compreendido como uma base para gerar informações.

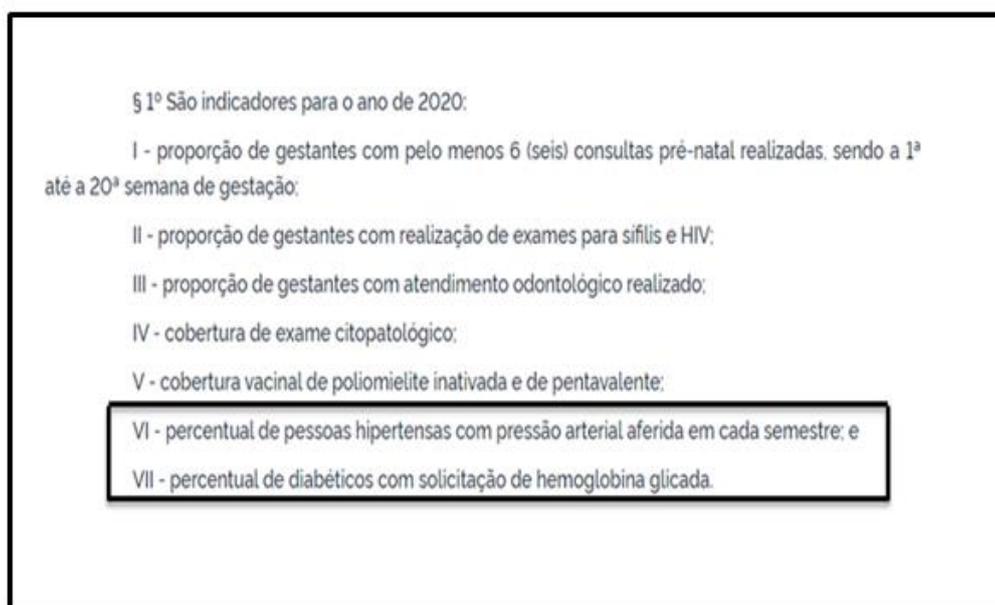
Ainda a cerca das falas dos entrevistados, ressalta-se que a implantação do PEC se tornou uma exigência do MS, pois irá refletir no repasse do recurso destinado para a APS, como publicado no Diário Oficial da União, através da Portaria N° 2.979, de 12 de dezembro

de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS, no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017:

“Parágrafo único. Os recursos de que trata o caput serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos Municípios, ao Distrito Federal e aos Estados e repassados pelo Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2019).”

Com esse novo modelo de financiamento da APS, o Ministério da Saúde reforçou sua preocupação com os pacientes hipertensos e diabetes, exatamente pelas complicações que essas condições podem acarretar, por meio da Portaria Nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil, conforme ilustrado na figura 9 abaixo:

Figura 9 – Indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: BRASIL (2019). Adaptado pelo autor (2020).

Assim sendo, a figura 9 expõe que, para este ano de 2020, essa atenção voltada para os pacientes HAS e DM fez com que o MS estabelecesse dois indicadores (VI e VII) de desempenho para as equipes de saúde, ou seja, dos sete indicadores de desempenho abordados

pelo MS, dois estão diretamente relacionados às condições crônicas, especificamente hipertensão e diabetes.

Logo, dentre o conjunto de indicadores do pagamento por desempenho a ser observado na atuação das equipes de saúde da família, encontra-se “*o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre*” e o “*percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada* (BRASIL, 2019).”

De posse desta preocupação, o sistema de saúde de Sobral, por meio de suas equipes de saúde, comprovou sua atenção para essa nova realidade com os pacientes hipertensos e diabéticos, como mostra os depoimentos:

“Todo paciente que chega aqui pra nós, é verificado a pressão. Ele vai pra uma consulta médica, qualquer consulta que seja vai verificada a pressão nesse momento. (...) um nível elevado de pressão já é um alerta para nós, paciente que vai pra consulta com sintomas de hipertensão arterial ou diabetes né ? aí a gente faz o diagnóstico e, depois do diagnóstico, a gente estratifica ele ,aí a gente vai ver se ele tem alguma comorbidade ou não associada, se ele tiver alguma comorbidade a gente pode encaminhar ele para outro ponto de atenção na rede (Sodalita).”

“A gente tem o protocolo de hipertensão e diabetes, já foi feito educação permanente com todos os profissionais, porém é um protocolo muito complexo, ele é muito importante ser exercido direitinho, mas ele é muito complexo, ele requer muita atenção, é é, pra você realmente conduzir ele da melhor forma possível (Âmbar).”

“(...) Sobral é diferenciado, nós temos além do protocolo federal do Ministério, a coordenação da atenção primária monta os protocolos municipais, tem da criança, gestante, hipertensos, diabéticos e saúde mental (Tanzanite).”

“Todo o município tem protocolo, tem protocolo de gestante, protocolo de classificação de hiperdia, tudo, tudo é seguido por protocolo (Pérola).”

Nas falas, fica evidente o suporte e o cuidado da gestão em saúde no seguimento desse paciente crônico, na tentativa de proporcionar uma resolutividade para sua situação, melhorando assim sua condição de saúde e qualidade no atendimento.

Dantas e Roncalli (2019) construíram e validaram um protocolo de consulta e acompanhamento para pacientes hipertensos atendidos no âmbito da atenção básica, logo eles concluíram que a construção do protocolo permite um acompanhamento mais expressivo e sistemático do hipertenso, bem como a identificação de condições individuais e sociais que contribuem para manutenção de cifras pressóricas elevadas.

Nessa ótica de oferecer um suporte à decisão clínica, é notório perceber que as unidades de saúde usufruem, além de protocolos, dos cadernos da atenção primária à saúde, como ferramentas fundamentais para o auxílio das práticas assistenciais das equipes de saúde, como esclarecem os depoimentos a seguir:

“A gente segue o que o Ministério da Saúde preconiza. Segue os cadernos de atenção à saúde para as condições crônicas; os fluxos são pré-definidos segundo o ministério (Peridoto).”

“(...) Existem os cadernos de atenção primária que nos orienta, são os nossos instrumentos norteadores; a gente não trabalha de qualquer forma (...) a gente trabalha em cima de evidências, segundo o ministério da saúde, para que a gente possa amenizar as condições crônicas do usuário (Turmalina).”

6.2.2 Organização do Serviço e Gestão do Cuidado às Condições Crônicas

A atenção às condições crônicas se configura uma realidade que requer uma compreensão sobre o impacto que elas podem ocasionar aos serviços de saúde, principalmente por se tratar de uma realidade acompanhada de transformações nos fatores sociais, econômicos e demográficos. Mais ainda, quando se percebe que os serviços atendem, ou não, o mínimo de exigências para um desenvolvimento efetivo de boas práticas em saúde, a fim de proporcionar uma organização da qualidade na prestação de serviços aos usuários.

Cardoza, et al. (2017) contribuem ao afirmar que o impacto das doenças crônicas não transmissíveis sobre as sociedades humanas é crescente. Os custos econômicos e sociais delas decorrentes são grandes, seja devido à morte prematura ou incapacitação definitiva de pessoas em idade produtiva, ou ainda pela sobrecarga na demanda por serviços assistenciais. Trata-se de um crescente problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano.

Essa compreensão permitiu entender que os processos de trabalho, organização do sistema de saúde e a corresponsabilização, envolvendo gestão, profissionais e comunidade, no que tange as condições crônicas, são indiscutivelmente fundamentais para que todo e qualquer sistema ou serviço de saúde possa demonstrar resultados satisfatórios.

Entretanto, a realidade explorada neste estudo, no caso o município de Sobral, demonstrou resultados importantes para uma compreensão de como está, de fato, a situação institucional do sistema de saúde local, no entendimento das condições crônicas e na percepção dos profissionais de saúde.

“No município de Sobral é organizado... É por uma planilha onde tem todos os pacientes crônicos, certo? Essa planilha é alimentada mensalmente pelos agentes de

saúde junto com a gerente e vai organizando o serviço, então um exemplo: aquele paciente que é hipertenso, ele recebe trinta medicação, então na planilha tem trinta medicação, na farmácia vem trinta medicação pra esse paciente, cada paciente tem sua divisão de medicação. Se é um paciente novo é inserido na planilha, a planilha é formatada duas vezes ao mês, no começo do mês e no dia quinze, e aí com isso a gente recebe resuprimento (Rubi).”

No discurso de **Rubi**, é visto a importância do controle na distribuição dos medicamentos de uso contínuo. Essa preocupação do serviço local, faz com que se tenha conhecimento da adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e, conseqüentemente, atuando no controle de recursos para o município, evitando desperdício.

Essa atenção na organização e na adesão dos pacientes ao uso da medicação também fica nítida no seguinte relato:

“As condições crônicas elas são organizadas mensalmente, aqueles pacientes que tem, pegam a receita e a gente já faz uma consulta com esse paciente pra ver a questão dos exames, o que está faltando, pra ver se esse paciente está fazendo o uso da medicação (Safira).”

Outra característica percebida em alguns relatos dos participantes, refere-se ao sistema de agendamento para os atendimentos dos pacientes hipertensos e diabéticos, conforme chama a atenção **Diamante**:

“O posto tem um dia só pra hipertenso e diabético, e aí?! se chegar uma pessoa da demanda com febre ou alguma condição aguda? aí não tem vaga, porque é o dia do hipertenso e diabético?! então isso não pode mais acontecer! a gente sempre tem vaga de agendamento e de demanda livre, então eles são agendados, mas se chegarem com uma condição aguda eles também entram nas nossas vagas de demanda livre que são mais pras condições agudas da população (Diamante).”

Nesse ínterim, o município de Sobral, como forma de executar sua organização no atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos, realiza através das equipes de saúde da família, a estratificação de risco desses pacientes. Essa realidade foi observada no depoimento de todos os enfermeiros e/ou gerentes das unidades visitadas, demonstrando assim uma preocupação do serviço de saúde na condução e responsabilização com esse paciente. A seguir é demonstrado alguns dos depoimentos que comprovam essa realidade:

“(...) Nós trabalhamos com a estratificação de risco, sabendo qual o grau de complexidade que eles se encontram e que a gente possa fazer um trabalho voltado para ele (Cornalina).”

“(…) a gente usa a (pausa) estratificação de risco, né?!, que classifica o paciente como leve, grave ou moderado e através dessa classificação a gente faz um, um (pausa) cronograma de atendimentos pra ele (Jaspe).”

Quando questionado sobre quais estratégias ou ferramentas organizacionais são utilizadas pelo serviço, **Amazonita** também exemplifica a utilização da estratificação de risco:

“Fazendo essa estratificação de risco, e aí a partir desse momento foi qualificada toda estratégia de saúde da família pra estar voltada pra essas condições (...) (Amazonita).”

Quadro 8 – Estratificação de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS						
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO		MUITO ALTO RISCO	
ESTÁGIO I (PAS 140-159 e/ou PAD 90-99)	X	X	X		X	
ESTÁGIO II (PAS 169-169 e/ou PAD 100-109)		X	X		X	
ESTÁGIO III (PAS ≥180 e/ou PAD ≥110)			X		X	
FATOR DE RISCO	AUSENTE	ATÉ 2 FR	3FR	AUSENTE	0 OU -	PRESENTE
LESÃO EM ÓRGÃO ALVO	AUSENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE	0 OU -	PRESENTE
CONDIÇÃO CLÍNICA ASSOCIADA	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE		PRESENTE	
DIABETES MELLITUS (DM)	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO		MUITO ALTO RISCO	
PRÉ-DIABETES ²	X					
Glicemia em jejum (mg/dL)	130	131-150	150-200		>200	130- >200
Glicemia pós-brandial (mg/dL)	180	181-200	200-270		>270	180- >270
Hemoglobina glicada ou glicosada (%)	7.0	7.1-8.0	8.0-9.0		>9.0	7.0 >9.0
Sinais ou Sintomas de Hiperglicemia	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE ou PRESENTE		AUSENTE ou PRESENTE	
Nível Pressórico	PAS<130 e PAD <85	PAS 130-140 e PAD 85-90	ESTAGIO I ou II	ESTAGIO I ou II	ESTAGIO I ou II	ESTAGIO III
Lesão em órgão	AUSENTE	AUSENTE		AUSENTE ou PRESENTE	PRESENTE	AUSENTE ou PRESENTE
Condição Clínica Associada	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE ou PRESENTE
Capacidade para o Auto-Cuidado	SUFICIENTE	SUFICIENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	AUSENTE ou PRESENTE	
PRÉ-DIABÉTICO: Glicemia em jejum alterada ou intolerância e sobrecarga de glicose (1 ponto alterado no TTGO 75g) ou Hemoglobina glicosada entre 5,7-6,5)						
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)- se paciente hipertenso e diabético, seguir a estratificação de risco de DIABETES MELLITUS)						

Fonte: Sobral (2020)

Essa estratificação de risco se configura um elemento central da gestão baseado na população. Essa metodologia assistencial permite levar à identificação e o registro de pessoas portadoras de HAS e DM, com o propósito de padronizar as condutas referentes a cada grupo e de possibilitar os recursos específicos para cada situação. Deste modo, **Fluorita** finaliza seu pensamento quando afirma:

“A principal linha de pensamento que a gente utiliza é a da estratificação de risco (Fluorita).”

Destinado a oferecer recursos específicos, a atuação do serviço está relacionada em também proporcionar um atendimento multiprofissional aos pacientes hipertensos e diabéticos, na tentativa de oferecer uma pluralização do cuidado, com isso construindo uma organização no processo de trabalho na atenção primária à saúde.

Segundo Previato e Baldissera (2018) uma efetivação do processo de trabalho na APS tem sido apontada como essencial para que os diversos profissionais possam avançar na garantia da universalidade do acesso e integralidade da atenção, com melhorias no cuidado ao usuário e no próprio trabalho em equipe. Nessa ótica, a APS requer profissionais com ampliação do núcleo de saberes que se estendam para além do conhecimento técnico e avance em direção ao trabalho efetivo e conjunto.

Como estratégia de cuidado múltiplo, a fim de qualificar a atenção à saúde dos pacientes, o Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) surge com essa proposta do trabalho em equipe, por meio colaborativo, interdependente, agregando, assim, maior capacidade de análise e de intervenção sobre os problemas e necessidade de saúde, em âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva multidisciplinar, identificou-se em alguns discursos, o papel relevante desempenhado pelos profissionais do NASF e também pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF):

“(...) Nós temos o NASF, assistente social, educadora física, farmacêutica, nutricionista e fisioterapeuta (Pausa) e a odontologia na residência, então, dá suporte, tanto residência quanto NASF, dá muito suporte a... a nossa unidade (Citrino).”

“A gente procura articular realizando grupos com os usuários aqui no nosso PSF (...) Que é feito com a farmacêutica, os profissionais do NASF, residentes, com apoio da equipe de saúde, acadêmicas de enfermagem, né? são esses, né?! os atores (...) (Malaquita).”

“A gente tem o apoio do NASF e dos residentes. Junto com eles, nós fazemos uma programação mensal com o que vamos fazer no mês. Nós temos o grupo de gestantes com a enfermeira da equipe 1 e temos também um grupo de Hiperdia que a gente junta mensalmente, não só com consultas, mas também com atividades de promoção de saúde e também tem um grupo de atividade física com o NASF (Zircônia).”

Chama-se a atenção para o discurso de **Malaquita**, quando a mesma relata o apoio que as Instituições de Ensino Superior (IES), através da atuação de acadêmicos de enfermagem, têm

com o serviço de saúde de Sobral, comprovando, desta forma, a parceria entre as instituições de ensino para o processo formativo e pedagógico de seus alunos.

Ao contribuir com esse pensamento, Brito (2014), em seu estudo realizado na cidade de Sobral, advoga que inserir os alunos no cenário real de práticas é essencial para formar profissionais de saúde reflexivos e inquietos, sendo que os desafios impostos pelo serviço e seus trabalhadores, bem como as necessidades de saúde da população, potencializam o mutável em seu ser, tornando, assim, o futuro profissional enfermeiro em um constante aprimoramento emergido das transformações sociais.

No discurso de **Turquesa**, fica claro que a atuação e composição da equipe multiprofissional, além de representar uma necessidade nos cuidados em saúde, favorece um cuidado integral:

“Os profissionais que realizam esse cuidado são da equipe multiprofissional. É importante a equipe multi pra esse tratamento, que não adianta só o médico, enfermeiro. Eu tenho nutricionista que faz avaliação, psicólogo também, farmacêutico que participa muito nos grupos que vai e colabora. Nós batemos muito na tecla sobre automedicação. Eles estão sempre orientados a ter uma boa alimentação, temos um educador físico que faz a avaliação física, o farmacêutico também, então são todos esses quesitos que colaboram para o cuidado integral do paciente (Turquesa).”

Aciole e Pedro (2019) explanam que a atenção integral à saúde exige de seus atores uma competente capacidade operacional para implementar um modo de produzir saúde coerente com as diretrizes assumidas, ou seja, que o cuidado seja marcado pelo direito universal de cidadania e que as organizações de saúde sejam gerenciadas numa conformação coletiva, com processo de trabalho compartilhados em equipe.

“A gente também trata a família e também trata o indivíduo (risos) porque uma coisa tá ligada à outra, entendeu? Não tem como (...) é a história que eu falo da corresponsabilidade, eu tenho uma responsabilidade maior pelo indivíduo, mas eu tenho que mostrar pra família a gravidade daquele indivíduo, de como tratar por que eu preciso da família, nenhum profissional e nenhum município vai conseguir sozinho olhar só o indivíduo, não dá, não consigo, a família, a comunidade o mundo tá envolvido nisso, entendeu? (Ágata).”

No depoimento de **Ágata**, a mesma discorre sobre o relevante e inquestionável papel da família na continuidade do cuidado. Deixando claro que se trata de uma corresponsabilização

que poderá implicar no processo de recuperação, caracterizando uma melhoria na qualidade de vida do paciente.

Na mesma ótica, verifica-se no discurso de **Nácar** a relevância do apoio familiar no atendimento ao paciente que certamente necessita de cuidados:

“(...) em domicílio, a gente tenta identificar naquela família um cuidador. Que vá ajudar nas orientações, porque muitas vezes, o paciente não consegue assimilar todas as informações, todos os cuidados. A gente orienta o paciente também ,mas a gente procura eleger um cuidador (Nácar).”

Entretanto, é relevante salientar que para uma continuidade desse processo de cuidar, o cuidador familiar necessita estar com sua capacidade biopsicossocial preservada, para que possa executar seu papel transformador a quem está sob seus cuidados.

Assim sendo, Couto, Caldas e Castro (2019) afirmam que, ao analisar o processo saúde-doença do cuidador familiar, pode-se compreender que a manutenção da sua saúde é de fundamental importância para a continuidade da realização dos cuidados ao familiar dependente.

Em contrapartida, também fica registrado o importante papel que o próprio paciente deve ter no cuidado a sua saúde, porém tendo a equipe de saúde como principal elemento implicado na orientação desse cuidado. Segundo Silva (2018), o encorajamento ao autocuidado faz parte do trabalho de toda a equipe de saúde, onde cada esfera deve contribuir para a produção do cuidado.

No depoimento abaixo, é enfatizado que o paciente e/ou indivíduo se torna também protagonista do seu plano de cuidado em saúde:

“(...) Além disso, a gente divulga que a responsabilidade do contexto da assistência à saúde também faz parte da responsabilidade do indivíduo, porque, muitas das vezes, eles jogam a responsabilidade na equipe, a equipe ela tem uma parceria, a gente orienta, passa a medicação, fazemos toda a conduta médica, de enfermagem, mas muitas das vezes foge da nossa governabilidade. É uma questão de autocuidado (Nácar).”

Conduzir os processos de trabalho que envolvem os diversos eixos, diretrizes e princípios da atenção primária, e com intensão de oferecer à população usuária dos serviços de saúde, a realidade de Sobral sempre se atentou para a qualificação de seus profissionais. Essa expertise contribuiu efetivamente para um cuidado qualificado de seu corpo de funcionários como uma resposta às necessidades de melhoria para a saúde de seus pacientes.

Com isso, é notório salientar a Educação Permanente em Saúde (EPS) como processo fundamental para a atuação em saúde, como demonstrado nos discursos:

“(…) Então a educação permanente é importante a partir do momento em que eu posso transformar as práticas do meu profissional, ele possa saber como fazer e, além disso, também atualizar os protocolos, porque a gente não vai permanecer com o mesmo cuidado que nós estávamos há 5 anos, isso já mudou, o paciente mudou, a situação epidemiológica vem mudando também, nós precisamos estar de acordo com essas mudanças, potencializando a educação permanente no serviço (Hematita)”

“(…) A nível local de CSF, a gente tem um planejamento de educações permanentes anuais, onde dentro desse planejamento anual tem a discussão do protocolo para pacientes crônicos, onde a gente faz um monitoramento como as ações estão sendo realizadas mensalmente, né?! A gente tem uma reunião de planejamento e nessa reunião a gente avalia como é que tá nossas metas em relação aos pacientes crônicos (...) (Morganite).”

A EPS pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, e que ocorre em ocasiões desencadeadas pelos problemas enfrentados na realidade, considerando os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, bem como as necessidades de saúde das populações. Ao considerar a EPS como estratégia inerente ao processo de trabalho em saúde, há que se reconhecer que se faz necessário a promoção de iniciativas institucionais que possam fortalecer essa abordagem como potencial para a transformação das práticas profissionais, tornando-a assim viva nos territórios (BRASIL, 2018).

Segundo Carvalho, Almeida e Bezerra (2016), a prática de EPS, no ambiente de trabalho, parte da articulação entre o que acontece no serviço e o que precisa ser transformado, considerando que os processos educativos são capazes de mobilizar e compartilhar conhecimentos e tecnologias.

Na ótica da promoção de iniciativas institucionais, os discursos a seguir, evidenciaram o envolvimento da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) doravante Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESPVS) como promotora dessa articulação:

“(…) Mas a gente sempre tem alguma outra capacitação que a Escola de Saúde pública disponibiliza pra gente, e a gente como gerente tem que dá abertura para que os profissionais, que estão lidando com essas pessoas, participem cada vez mais (Espinela).”

“(…) Geralmente as nossas educações permanentes acontecem é (pausa) junto com a Escola de Saúde Pública, né?! (Turmalina Paraíba).”

A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS foi inaugurada em 06 de julho de 2001, tendo como missão a promoção de ações educativas na área da saúde junto ao Sistema Saúde de Sobral, na perspectiva de transformar práticas de trabalho e indicadores sanitários. A mesma trabalha na perspectiva de promover em seus processos educativos uma concepção ampliada e integral de saúde, assumindo tanto na sua identidade institucional como nas suas práticas pedagógicas a ESF como marco central. Isso implica reconhecer a importância e o impacto desta estratégia para a organização, desenvolvimento e transformação da realidade local. (SOBRAL, 2020).

A participação dos diversos setores de saúde tem demonstrado efetivamente uma segurança e agilidade nos atendimentos e a continuidade do cuidado de pacientes que, por ventura, necessitem de uma intervenção especializada. Nesse contexto, a RAS se configura elemento de gestão fundamental no cuidado ao paciente HAS e DM como forma de ofertar um apoio multidimensional impactando na qualidade de vida e saúde do usuário. Mendes (2010) advoga que a estrutura operacional é elemento constitutivo das redes de atenção à saúde, logo:

“A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, componente que governa as relações entre os quatro primeiros (MENDES, 2010).”

Mendes (2010) atribuiu a atenção primária à saúde como sendo o centro de comunicação. Tão logo, Giovanella (2018) esclarece que o entendimento de atenção primária à saúde em *Alma – Ata* contempla três componentes essenciais para seu desenvolvimento: a saber, “acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico – social, reconhecendo –se os determinantes sociais; e participação social – três componentes caros ao SUS.”

Nos discursos abaixo, fica registrado essa atuação em rede para dar prosseguimento no atendimento ao paciente crônico quando se identifica uma necessidade especializada:

“(…) A gente tem a policlínica, a gente tem o centro de especialidades médicas que é o CEM que tem varias especialidade e tem o hospital do coração, né? E agora a UPA,

mas a UPA é pronto atendimento, né? A gente quase não vai encaminhar uma pessoa pra UPA, isso ele vai mesmo por conta própria, mas as doenças crônicas são esses três pontos de atenção é a policlínica, hospital do coração e CEM, né? E os exames são garantidos no posto, os exames né? (...) (Alexandrita).”

Na mesma ótica, quando questionados sobre como se organiza a linha de cuidado aos pacientes com condições crônicas, **Aquamarine**, **Lápis lazúli** e **Jade** claramente explanam os mesmos pensamentos direcionados nas redes de atenção à saúde:

“Em redes, a APS é apenas a ponta, você identifica o usuário com condição crônica à unidade de saúde, se não consegue dar um suporte aquele paciente, então a gente direciona para vários seguimentos, dependendo de cada situação, a gente faz o direcionamento. Se for cardiopata, se for paciente crônico renal, com a individualidade de cada, a gente faz o seguimento com a guia de referência para que ele possa ter um atendimento na atenção secundária (Aquamarine).”

“(...) utiliza os pontos da rede. Hoje a rede está estruturada, então nós sabemos que a atenção primária é a porta de entrada, a ordenadora do cuidado, se o prescritor percebe que mesmo o paciente fazendo essa agudização, fazendo a prescrição dele, vindo a cada dois dias aqui, fazendo o monitoramento da pressão ou da glicemia e ele não melhorou e que ele requer um cuidado mais aprofundado, esse paciente é referenciado para o segundo ponto de atenção que é a atenção secundária. Muitas vezes, esse paciente tá desenvolvendo um pico hipertensivo que ele precisa ir ser cuidado dentro de um hospital que faça esse aparato maior para cuidar da vida dele. Então, a linha de cuidado, ela é estabelecida para ter o atendimento na atenção primária. Para a atenção secundária quando for necessário, utilizando as redes, né? porque a rede ele não só é no sentido da agudização, do tratamento hospitalar, do internamento, mas ele pode utilizar de um exame, a gente pode encaminhar ele pra fazer um exame e ele voltar com o resultado e fazer medicação para que a gente garanta o cuidado com essa pessoa (Lápis lazúli).”

(...) Por exemplo, se ele é hipertenso, mas ele tem alguma cardiopatia, ele necessita ser encaminhado para o hospital do coração para alguma consulta especializada ou fazer algum exame cardiológico. Se aquele paciente é hipertenso ou diabético e tem algum problema renal precisa passar pelo nefrologista. Então, a nossa função na atenção primária é resolver o problema do paciente, né? Fazer o plano de cuidados para ele, né? Dentro da rede tentar controlar o problema de saúde dele (Jade).”

Logo, percebeu-se nas falas que o serviço de saúde de Sobral está organizado em redes de atenção, de forma efetiva, em um sistema enraizado para a produção do cuidado em saúde

de seus usuários. Contudo, os depoimentos fazem menção ao sistema de referência e contra referência, em que se possibilita uma garantia de cuidado aos pacientes, obedecendo um fluxo de atendimento. Moll et al. (2018) contribuem quando explicam que o sistema de referência e contra referência se apresenta como estratégia de comunicação entre os níveis de atenção à saúde, sendo assim considerado uma das intervenções para a consolidação da referida rede.

Ademais, os princípios do cuidado devem ser moldados constantemente por todos os protagonistas implicados no processo de cuidar em saúde, a fim de estabelecer elementos fundamentais que possam garantir saúde, bem estar e qualidade de vida a seus pacientes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciar a constante adaptação do sistema de saúde de Sobral para o enfrentamento das condições crônicas oportunizou explicar, de certa forma, qual o atual cenário que a atenção primária a saúde apresenta, e como reconhecer sua realidade como oportunidade para concretizar ações e práticas em saúde.

Na ótica do objeto de estudo, a priori, o sistema local transpareceu preparo para o enfrentamento do contexto crônico em saúde, imprimindo uma realidade condizente com a articulação do serviço, através de seus protagonistas.

O contexto crônico remete uma necessidade de preparação constante para lidar com os problemas que implicarão em resultados de médio e longo prazo. As evidências obtidas neste manuscrito, caracterizaram um trabalho efetivo, cuja ideia é tornar transparente e exequível o entendimento do modelo empregado para tratar e/ou acompanhar a realidade do sistema de saúde, na compreensão de profissionais que são responsáveis pelo desempenho subjetivo de suas realidades.

A compreensão da situação institucional frente às condições crônicas em saúde na cidade de Sobral, com enfoque para a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, tem demonstrado uma segurança nas informações obtidas, atividades e ações prestadas pelo sistema de saúde do município.

Nessa premissa, a pesquisa tem alcançado os objetivos propostos à avaliação das condições crônicas e evidenciado que o serviço de atenção primária à saúde da cidade está em fiel acordo com o desenvolvimento e progressão do cuidado aos usuários portadores de tal condição.

Desta forma, foi notório perceber que, de acordo as dimensões analisadas neste estudo, a saber: a organização do serviço de atenção à saúde e sistema de informação clínica, os valores demonstraram parâmetros de cuidado contínuo pelos profissionais que atuam na APS, na figura dos enfermeiros e gerentes, por terem classificado a capacidade do município de Sobral como razoável para o trabalho direcionado às condições crônicas, conforme o modelo utilizado como referência.

Os valores demonstrados permitiram, ainda, comprovar que a gestão em saúde está empenhada no compromisso de oferecer continuamente, aos seus usuários, uma garantia de atendimento que possibilite oferecer uma qualidade na prestação de serviços pelo sistema de saúde do município. Essa oferta evidentemente impacta diretamente nos variados indicadores de saúde que norteiam a política de saúde local, atribuindo, assim, um selo de qualidade nos serviços primários.

Logo, com essa realidade, ficou evidenciado que as unidades de saúde visitadas estão com seus meios técnicos e estruturais adequados e em constante transformação para proporcionar também, para seus recursos humanos, um cuidado otimizado.

Os discursos dos atores envolvidos neste processo, caracterizaram também um amadurecimento para o cuidado de seus munícipes com HAS e/ou DM. De posse de seus empoderamentos, frente as peculiaridade dos seus territórios, a atenção para o cuidado em saúde dos pacientes tem caracterizado o compromisso de quem está corresponsabilizado com o cuidado integral.

Com isso, fica comprovado que há uma organização do serviço e uma atenção dispensada para os usuários com HAS e DM, através, por exemplo, da estratificação de risco, criação de planilhas, prontuário eletrônico e apoio multiprofissional.

A atenção às condições crônicas hipertensão arterial e diabetes na compreensão da estratégia saúde da família se mostrou como alvo de investimentos pela gestão da atenção, fazendo com que a APS, como ordenadora do cuidado, possa ter sua capacidade de enfrentamento preservada e sujeita a implementação de um modelo de atenção que possibilite a realização de ações e atividades de saúde no âmbito individual e coletivo.

Os achados confrontados com a literatura, esclareceram a importância da busca incessante por um serviço que proporcione aos seus pacientes uma veracidade nas informações prestadas e qualificação do atendimento. Com isso, foi comprovado, nos discursos, que o serviço de saúde está organizado em rede, configurando-se assim uma dinamização dos fluxos de atendimento a seus pacientes.

Diante disso, é relevante destacar e manter o papel constante da gestão na proposta de exercer com eficácia suas atividades assistenciais, educativas e promotoras de saúde, com o objetivo de estabelecer uma oferta de saúde adequada para sua população.

Ademais, espera-se que a pesquisa contribua para enraizar novas ideias e propostas de atuação no âmbito das condições crônicas em saúde, abordando os possíveis entraves que possam, por ventura, surgir e conseqüentemente saná-los, a fim de não diminuir a dinâmica de incentivo no processo de cuidado com a saúde individual e coletiva, mas sim tornar aparente seu compromisso com o equilíbrio e harmonia com a saúde de seus cidadãos.

Além disso, por meio do estudo, pode-se levar em consideração o fornecimento de subsídios necessários para o planejamento e implementação de políticas de cuidado e tomada de decisão a cerca dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Assim sendo, a manutenção de uma execução prática e investimentos na política municipal estabelecida, proporcionará um constante e saudável crescimento à saúde,

entendendo-a como organismo primordial que necessita também de cuidados para o correto e fiel funcionamento.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G.; PEDRO, M. J. Sobre a saúde de quem trabalha em saúde: revendo afinidades entre a psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva. **Saúde debate** vol. 43 no. 120 Jan./Mar. 2019. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100194>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- ALELUIA, I. R.S. et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. Saúde colet.** 22 (6): 1845 -1856, Rio de Janeiro, 2017.
- ALVES, D. S. B. et al. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Cad. Saúde colet.** Vol.24 no.1 Rio de Janeiro, 2016.
- ARRUDA, G. O.; SCHMIDT, D. B.; MARCON, S.S. Internações por diabetes mellitus e a estratégia saúde da família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23 (2): 543-552, 2018.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro – São Paulo: Edições 70, 2016.
- _____. Análise de Conteúdo. Rio de Janeiro. Persona, 1977.
- BARRETO, M. S. et al. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciênc. saúde colet.** 23 (3) Mar, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo Ampliado em Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Vol. 1. Cad. Nº39. Brasília, 2014. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxNg==>>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico – **Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – PRO EPS- SUS**, 1ª Edição, Brasília, 2018. Disponível em:< <http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01 mar. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, 1ª ed., 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico:** estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográficas de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017/ Ministério da Saúde, Secretaria de

Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: MS, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.920, de 31 de outubro de 2017. Dispõe sobre a inclusão do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde.** Brasília, DF, 2017. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2920_01_11_2017.html>. Acesso em: 24 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previnde Brasil.** Brasília, DF, 2019. Disponível em: < <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>> Acesso em: 25 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Dispõe sobre novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde.** Brasília, DF, 2019. Disponível em: < <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 25 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Informatiza Atenção Primária à saúde** Disponível em: < <http://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps/praticasintegrativas>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRITO, M. C. C. **Formação do enfermeiro para a atenção básica: análise da orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica a partir de um curso de graduação.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, *Campus* de Sobral. Programa de Pós – Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2014. Disponível em:< <https://saudedafamiliaufc.com.br/wp-content/uploads/2016/04/Dissertacao-de-Maria-da-Conceicao-Coelho-Brito.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2020.

CARDOZA, L.M. S. et al. Conhecimento e práticas sobre fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, em idosos de um bairro de foz do Iguaçu, Paraná, adscritos à estratégia saúde da família. **Rev. APS**, 20(4): 575 – 586, 2017.

CARVALHO, T. G. S.; ALMEIDA, A. M. B.; BEZERRA, M. I.C. Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde. **SANARE**, v. 15 n.02, p. 94 – 103, Jun/Dez. Sobral, 2016. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1043/589>>. Acesso em: 01 mar. 2020.

COSTA, K. C.; CAZOLA, L. H. O.; TAMAKI, E. M.; Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): Avaliação da aplicabilidade e resultados. **Saúde debate** vol. 40 no. 108, Rio de Janeiro, 2016.

- COUTINHO, A. F. et al. Gestão em enfermagem de pessoal na estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, 13 (1): 137-47, jan. 2019.
- COUTO, A. M.; CALDAS, C. P.; CASTRO, E. A.B. Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional. **J. res: fundam. Care**. Online. jul/set 11 (4): 944-950, 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6782/pdf_1>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- CRUZ, J. S. et al. Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. **Rev. Salud pública** vol.19 no.5 Bogotá, 2017.
- DANTAS, R. C. O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciênc. saúde colet**. 24 (1) jan. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n1/295-306/>>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- DE SALAZAR, L. Articulación de sistemas de vigilancia em salud pública a la evaluación de efetividade de programas. **Colomb Med**. Vol. 42, nº 3, 2011.
- FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes *mellitus* e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol**. 20 (01): 16-29, São Paulo, Jan-Mar, 2017.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol. 34 no. 8, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00029818>>. Acesso em: 03 mar 2020.
- GOMES, P. A. R. et al. Prontuário eletrônico do cidadão: instrumento para o cuidado de enfermagem. **Rev. Fundam. Care**. Online. out/dez 11(5): 1226 – 1235, 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7406/pdf_1>. Acesso em: 24 fev. 2020.
- HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- HYEDA, A.; COSTA, E. S.M. A relação entre a ergonomia e as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco. **Rev. Bras. Med. Trab**. 15 (2): 173-81, 2017.
- MACHADO, J. C. et al. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciênc. saúde colet**. 21 (2), 2016.
- MAIA, D. A.; VALENTE, G. S.C. A gestão da informação em atenção básica de saúde e a qualidade dos registros de enfermagem. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*. 20(2), ISSN:0124 – 2059/2027 – 128x, 2018. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=145256681004>>.

MEDEIROS, C. R. G. et al. Estratégia saúde da família e morbimortalidade por doenças crônicas evitáveis em pequenos municípios. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V.42, n,1, p.59-75 jan/mar. 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (5): 2297-2305, Belo Horizonte, 2010.

_____. **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.

MENEZES, M. M.; LOPES, C. T.; NOGUEIRA, L. S. Impacto de intervenções educativas na redução das complicações diabéticas: revisão sistemática. **Rev. Bras Enferm**. Vol. 69 no. 4 Brasília jul/ago, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____(Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ**. Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993.

MOLL, M. F. et al. Enfermeiros no fortalecimento da rede de saúde numa cidade do Triângulo Sul/Minas Gerais. **Revista de enfermagem do Centro – Oeste Mineiro**. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2393/1867>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

MOREIRA, T. R. et al. Fatores relacionados à autoaplicação de insulina em indivíduos com diabetes mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm**. Vol.39 Porto Alegre, 2018.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciênc.saúde coletiva** vol.22 no.3 Rio de Janeiro, 2017.

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **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/CONASS, 2012.

NUNES, L. O. et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma – Ata. **Rev. Panam Salud Pública**. 2018; 42:e175. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>.

OLIVEIRA, J. F. et al. Níveis tensionais e fatores associados à hipertensão arterial. **Rev. Enferm UFPE on line.**, Recife, 12 (12): 3312-9, dez., 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial/OMS – Brasília,2003.

PEREIRA, M. J. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde coletiva** vol. 23 no.6. Rio de Janeiro, 2018.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Vol. 39. Porto Alegre, ago, 2018. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1983-14472018000100431>. Acesso em: 27 fev. 2020.

RAYMUNDO, A. C. N.; PIERIN, A. M. G. Adesão tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. **Rev. Esc. Enferm. USP** vol.48 no.5 São Paulo, 2014.

REIS, B. S. M. T. **Prevalência e tendência temporal dos fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis no município de Belo Horizonte, MG**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. BH, 2018. Disponível em:<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOSB2ZHRU/1/dissert_barbara_final_revisada_ultima.pdf>. Acesso em:< 19 mar. 2019.

REIS, C. S.; NORONHA, K.; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com a internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. **Rev. Bras. Estud. Popul.** Vol.33 no.3 São Paulo, 2016.

RIBEIRO, M. A. **Avaliação da atenção às condições crônicas na estratégia saúde da família de Sobral – CE: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como marcadores**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2018. Disponível em: <
<https://saudedafamiliaufc.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Dissertac%CC%A7a%CC%83o-Marcos-Aguiar-Ribeiro.pdf>>.

Acesso em:< 21 mar. 2019.

ROCHA, R. S. et al. Determinantes sociais da saúde e qualidade de vida de cuidadores de crianças com câncer. **Rev. Gaúcha Enferm.** Vol. 37 no.3 Porto Alegre, 2016.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. Epidemiologia e Saúde. 7ª Ed. Rio de Janeiro. MedBook, 2013.

- SÁ, G. B.A.R. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciênc. saúd. Coletiva**, 21 (6): 1849-1859, 2016.
- SILVA, A. R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J. bras.psiqiatr.** vol. 66 no. 1 Rio de Janeiro, 2017.
- SILVA, E. M. **Promoção da saúde: o autocuidado no contexto de grupos de pessoas que vivem com doenças crônicas não transmissíveis.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em: < <https://app.uff.br/riuff/handle/1/9477>>. Acesso em: 01 mar. 2020.
- SILVA, S. S. et al. Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32 (10): e00014615, out, 2016.
- SOBRAL. **Recursos Humanos na Atenção Básica, Sobral – Ceará**, 2016.
- SOBRAL. **Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Sobral, Ceará**, 2020. Disponível em:< https://blogdaescolasaudesobral.blogspot.com/p/sobre_28.html>. Acesso em: 01 mar. 2020.
- TESTON, E. F.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. **Esc.Ana Nery** vol.21 no.2 Rio de Janeiro, 2017.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gerentes e demais Profissionais de Saúde

Prezado (a),

Eu, Wyarlenn Divino Machado, mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – UFC, autor da pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE”, convido os senhores a participarem desta pesquisa.

A mesma terá como principal objetivo avaliar a capacidade institucional para o enfrentamento das condições crônicas em saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral – CE, na ótica da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM), a partir da aplicação do instrumento validado Assessment of Chronic Illness Care - ACIC.

Para sua realização serão aplicados dois instrumentos com os profissionais que compõem a atenção básica da sede do município supracitado, que estiverem participando da coleta de dados e/ou informações.

Por seu caráter relevante, esta pesquisa está em conformidade com todas as prerrogativas estabelecidas em lei, garantindo assim riscos mínimos, para os sujeitos. Desta forma, comprometo-me com todas as informações, a mim repassadas, para a construção deste manuscrito. Afirmo também que, para a aplicabilidade do instrumento qualitativo, contarei com o auxílio de um gravador, na perspectiva de garantir todas as informações repassadas e sem nenhum risco de perdê-las em meio a sua riqueza de detalhes.

Reforçamos que a referida pesquisa contribuirá também para a melhoria do cuidado, no município, aos pacientes que apresentam as condições crônicas hipertensão e diabetes bem como subsidiará conhecimento para a implementação de ações e estratégias pela gestão municipal.

Desta forma, peço sua colaboração no preenchimento de um questionário e repasse de informações por meios orais (gravador) acerca do tema proposto. Ressalta-se ainda que serão respeitados e mantidos o sigilo das informações colhidas, o anonimato dos participantes e o direito em querer participar ou não deste estudo, como rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Estaremos disponíveis para quaisquer informações e/ou esclarecimentos na Rua Manoel Estevam, 301, Centro, Tianguá – CE ou através do Telefone: (88) 9 93075021 ou ainda através do e-mail: wyarlenn@hotmail.com. O (a) Sr. (a) pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, situado na Avenida

Comandante Maurocélío Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040, Sobral -CE e telefone institucional: 3677-4255.

Desde já, agradecemos a atenção prestada e a colaboração no estudo.

Atenciosamente,

Wyarlenn Divino Machado

Eu, _____, portador do RG: _____ li e/ou ouvi as informações referentes à pesquisa citada, compreendo sua finalidade e quais procedimentos serão realizados. Estou ciente dos riscos e benefícios da pesquisa. Estou a par do poder de minha decisão, caso queira me recusar a participar da coleta e também de que o estudo está em consonância com a legislação vigente. Sei que meu nome, em hipótese alguma, será divulgado e que minha participação não terá despesas e nem fins lucrativos. Ademais, eu concordo em participar do estudo.

Sobral, ____ de _____ de 2019

Assinatura do Participante

APÊNDICE - B Roteiro de entrevista semiestruturada para gerentes e enfermeiros

Profissional: Gerente () Enfermeiro (a) ()

ESF: _____

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.

Como se organiza a atenção as condições crônicas no contexto da atenção primária à saúde em Sobral-CE?

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. 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.

Quais as estratégias ou ferramentas organizacionais são utilizadas para realização da articulação da atenção primária à saúde com a comunidade? Quais os atores/profissionais da saúde que realizam essa articulação?

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.

Quais as estratégias de autocuidado apoiado às pessoas com condições crônicas na APS?

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.

Quais diretrizes/protocolos de suporte a tomada de decisão clínica relacionado às condições crônicas são utilizadas?

Quais os processos de Educação Permanente relacionados às condições crônicas na APS?

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.

- Qual o modelo utilizado pela atenção primária à saúde para o desenvolvimento da linha de cuidado do usuário com condição crônica?

- Como se organiza a linha de cuidado para a atenção as condições crônicas na APS?

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.

Como as informações clínicas dos usuários com condições crônicas na APS são sistematizadas (e-sus, planilhas, prontuário)?

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.).

O entrevistado gostaria de acrescentar alguma informação?

ANEXO

ANEXO A – Questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas – Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS – ACIC

Este instrumento foi desenhado para o monitoramento da capacidade institucional de uma rede de atenção à saúde ou de algum ponto de atenção, por exemplo, uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, para desenvolver o Modelo de Atenção a Condições Crônicas. O resultado pode apoiar gestores e equipes de saúde a melhorar a atenção às condições crônicas.

Instruções para o preenchimento

Após uma leitura do questionário e uma breve discussão sobre seu conteúdo, ele deve ser preenchido por um profissional de saúde ou, preferencialmente, em conjunto por uma equipe de saúde.

1. **Responda cada questão** na perspectiva de um local (ex. UBS, hospital, clínica especializada) que atua na atenção às condições crônicas.
2. Indique o nome e tipo de local em análise: _____
3. **Responda cada questão** explicitando como sua organização está atuando frente a uma doença ou condição.
Especifique a doença ou condição _____
4. 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. Caso exista divergência no grupo, discutam até chegar a um consenso. Apenas um valor pode ser preenchido por linha.
5. **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.

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

	portadores de condições crônicas.	atenção às condições crônicas.	melhoria da atenção às condições crônicas.	esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Benefícios e incentivos (econômicos e morais)...	...desencorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.	...nem encorajam nem desencorajam o autocuidado pelos pacientes e as mudanças sistêmicas.	...encorajam o autocuidado pelos pacientes ou 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

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
Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários...	...não é feita sistematicamente.	...é limitada a uma lista de recursos comunitários identificados em um formato acessível.	... é realizada por meio de pessoal designado para assegurar que as pessoas usuárias e os profissionais da saúde utilizem ao máximo os recursos comunitários.	...é realizada por meio de ativa coordenação entre a instituição de saúde, as organizações comunitárias e as pessoas usuárias.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Parcerias com organizações comunitárias...	...não existem.	...estão sendo consideradas, mas não foram implementadas.	...estão estruturadas para apoiar programas de atenção às condições crônicas.	...são ativas e formalmente estabelecidas para dar suporte aos programas de atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Conselho Local de Saúde...	...não existe.	...existe, mas tem uma função cartorial.	...existe e acompanha a programação da instituição de saúde	...existe e acompanha pró-ativamente a programação da instituição de saúde

			relativa às condições crônicas.	relativa às condições crônicas, controlando os incentivos de desempenho das equipes.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Agente comunitário de saúde...	...não está incorporado à atenção às condições crônicas.	...está incorporado à atenção às condições crônicas, mas atua de forma não sistemática, sem integrar-se com os recursos da comunidade	...está incorporado à atenção às condições crônicas e atua de forma sistemática, articulando os recursos da instituição de saúde e os recursos comunitários.	...está incorporado à atenção às condições crônicas, atua sistematicamente de acordo com as diretrizes clínicas e articula os recursos da organização de saúde e os recursos comunitários.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Articulação com a Comunidade _____ 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
Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado...	...não são realizadas.	...espera-se que sejam realizadas.	...são realizadas de maneira padronizada.	...são realizadas de maneira padronizada e articuladas com o plano de cuidado de cada pessoa usuária.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Suporte para o autocuidado apoiado...	...é limitado a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	...é disponibilizado por meio de atividades educacionais sobre autocuidado apoiado.	...é oferecido por educadores em saúde capacitados, que são designados para orientar o autocuidado apoiado, que fazem parte de equipe	...é oferecido por educadores em metodologias de empoderamento e de resolução de problemas, envolvendo a maioria

				multiprofissional de saúde, mas envolve apenas os portadores de condições crônicas referidos.	dos portadores de condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11	
Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares...	...não é realizado de forma consistente.	...é realizado para pessoas usuárias ou famílias específicas por meio de referência.	... é estimulado e disponibilizado por meio de grupos de pares e atenção em grupo.	...é parte integrante da atenção às condições crônicas e inclui avaliação sistemática, com envolvimento contínuo em grupos de pares e atenção em grupo.	
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11	
Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares...	...não estão disponíveis.	...limitam-se a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	...estão disponíveis somente por meio de referência a centros especializados com pessoal capacitado.	...estão disponíveis prontamente e fazem parte integral da rotina da atenção às condições crônicas e utilizam rotineiramente tecnologias de mudança de comportamento (modelo transteórico de mudanças, entrevista motivacional, grupo operativo, processo de solução de problemas).	
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11	

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

Pontuação	0	1	3	4	6	7	9	10
	2		5		8		11	
Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas...	...não é realizada.		...é realizada quando a pessoa usuária solicita ou por meio de publicações.		...é realizada para pessoas usuárias específicas, por meio de material educativo para cada diretriz clínica.		...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	0	1	3	4	6	7	9	10
	2		5		8		11	

Pontuação Total para Articulação com a Comunidade _____ Pontuação Média (Pontuação total para Articulação com a Comunidade / 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 C	Nível B	Nível A				
Trabalho em equipe...	...não existe.	...é realizado por meio da disponibilização de profissionais com treinamento apropriado em cada um dos componentes da atenção às condições crônicas.	...é assegurado por meio de reuniões regulares das equipes, com enfoque nas diretrizes clínicas, nos papéis e responsabilidades de cada membro da equipe e nos problemas da atenção às condições crônicas.	...é assegurada por meio de equipes que se reúnem regularmente, têm atribuições bem definidas, o que inclui educação para o autocuidado apoiado, o monitoramento pró-ativo das pessoas usuárias e recursos de coordenação da atenção às condições crônicas.				
Pontuação	0	1	3	4	6	7	9	10
	2		5		8		11	
Liderança das Equipes de Saúde...	...não é reconhecida localmente nem pela instituição de saúde.	...é assumida pela instituição de saúde, mas para papéis organizacionais específicos.	...é assumida pela instituição de saúde por meio da designação de um líder, mas seu papel na atenção às condições crônicas não está definido.	...está garantida pela instituição de saúde por designação de um líder que garante a definição clara dos papéis e responsabilidades na atenção às condições crônicas.				
Pontuação	0	1	3	4	6	7	9	10

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

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

		ou programação adicional.		cuidado.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Plano de cuidado das pessoas usuárias...	...não é elaborado.	...é elaborado em formato padrão pela equipe de saúde.	...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária e inclui metas clínicas.	...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária, inclui metas clínicas e ações de autocuidado apoiado, sendo monitorado regularmente.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde / 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
Informação as pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas...	...não é realizada.	...acontece quando solicitada ou por meio de publicações.	...é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica.	...é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica e inclui material elaborado para as pessoas usuárias, descrevendo seu papel no autocuidado apoiado e na adesão às diretrizes clínicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de informação/registro clínico...	...não inclui metas de autocuidado apoiado	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, mas não inclui metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de	... inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, metas de autocuidado apoiado, alertas aos

				autocuidado apoiado.	profissionais e pessoas usuárias referente ao monitoramento das condições crônicas e reavaliação periódica das metas de autocuidado apoiado.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11	
Programas comunitários...	...não fornecem feedback para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	...fornecem feedback esporadicamente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, por exemplo, relatórios na internet.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, que são utilizados para modificar os programas de acordo com as necessidades das pessoas usuárias.	
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11	
Programação local das condições crônicas...	...não utiliza uma programação local.	...usa dados dos sistemas de informações para planejar a atenção, mas com enfoque na programação da oferta.	...usa dados dos sistemas de informações para planejar pró-ativamente o cuidado, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas.	...usa sistematicamente dados dos sistemas de informações para planejar pró-ativamente, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas, incluindo o desenvolvimento de um contrato de gestão com os profissionais de saúde, com base em desempenho.	
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11	
Monitoramento das metas dos planos de	...não é realizado.	...realizado	...é realizado por	... é realizado por	

cuidado...		esporadicamente, apenas para pessoas usuárias agendadas.	um profissional responsável pela pessoa usuária.	meio da designação de um profissional responsável pela pessoa usuária e que usa o prontuário clínico e os alertas para coordenar a atenção com a pessoa usuária e os membros da equipe.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Diretrizes clínicas para as condições crônicas...	...não são compartilhadas com as pessoas usuárias.	...são fornecidas às pessoas usuárias que demonstram interesse no autocuidado apoiado de suas condições crônicas.	... são fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajudá-las a desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento e para permitir que elas identifiquem quando devem procurar um profissional de saúde.	...são compartilhadas pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias para desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento que levem em conta as metas das pessoas usuárias e a disposição para as mudanças.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde / 6) _____

ANEXO B - Parecer da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0018/2017

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, em associação parcial com a Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia-EFSFVS, intitulado - "AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS HIPERTENSÃO E DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE", desenvolvido por Marcos Aguiar Ribeiro sob orientação dos professores: Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque e Dr. Fernando Daniel de Oliveira Mayorga, orientadora e co-orientador, respectivamente.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado, autorizamos a realização da coleta de dados do estudo nos Centros de Saúde da Família (CSF) da sede de Sobral (21), cujos participantes serão pessoas com Hipertensão e Diabetes vinculadas às equipes da Estratégia Saúde da Família (amostra de 1200 e 550, respectivamente); e profissionais da Estratégia Saúde da Família (Enfermeiros, Médicos, Dentistas, Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, Técnicos/Auxiliares de Saúde Bucal, Atendentes de Farmácia, Agentes Comunitários de Saúde, Profissionais do NASF) e gestores da saúde (Coordenadora da Atenção Básica, Gerentes dos CSF e Tutores), cujo principal critério de inclusão será estar presente no momento da coleta dos dados, ou seja, na reunião da roda no CSF. Esta autorização inclui ainda o acesso ao Sistema de Informação da Atenção Básica, e-SUS Atenção Básica, Instrumento da estratificação de risco de Hipertensão e Diabetes e Consolidados da Territorialização em saúde dos CSF.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga o pesquisador de solicitar anuência a cada um dos participantes do estudo. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

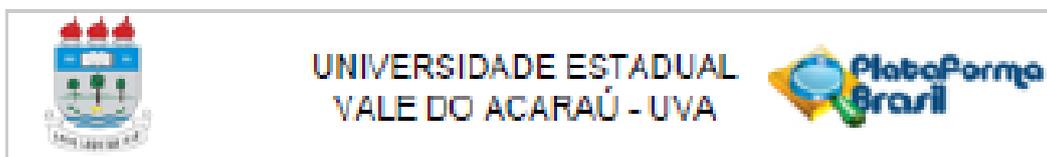
Destacamos por fim que como compromisso, o pesquisador deve devolver os achados da pesquisa à esta Comissão Científica, enviando cópia da pesquisa através deste sistema ou por e-mail: comissao.cientifica1@gmail.com, até 30 dias após sua conclusão.

Estamos à disposição para esclarecimentos através do telefone: 3611-5861

Sobral, 22 de Abril de 2017

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



FARECEER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS HIPERTENSÃO E DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CE

Pesquisador: Marcos Aguiar Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67695417.1.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.054.329

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa de Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará - UFC - Campus Sobral/CE, como requisito para disciplina: Qualificação da Pesquisa, sob orientação da pesquisadora Isabelle Noril'Alverne Napoleão Albuquerque e coorientação do pesquisador Fernando Daniel de Oliveira Mayorga.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal do estudo é avaliar a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral – CE. E seus objetivos específicos são: - Descobrir o contexto da atenção às condições crônicas a partir das estratégias implementadas e análise do perfil e distribuição espacial da hipertensão e diabetes; - Verificar a estrutura disponível para a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes; - Identificar a partir do processo de trabalho os fatores facilitadores e restritivos para a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes; e Analisar os resultados da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Envolve riscos mínimos, pertinentes ao manejo de dados a partir da aplicação de questionário e realização de entrevistas. No entanto, o pesquisador garante que enviaará esforços para que todos

Endereço: Av. Comendante Mourão Filho, Rocha Pombo, 150
 Bairro: Cariry CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-0261 Fax: (88)3677-4040 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Contribuição do Parecer 2.024.208

os riscos sejam minimizados. O estudo trará benefícios para os participantes do estudo, ao possibilitar uma avaliação da atenção às condições crônicas na Estratégia à Saúde da Família, o que poderá conceder subsídios para identificação de suas potencialidades e fragilidades e melhorar a atenção prestada aos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo avaliativo sob abordagem quantitativa e qualitativa. Será utilizada a adaptação de uma matriz de avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas não Transmissíveis empregado na América Latina e proposta por De Salazar, onde serão investigadas as seguintes dimensões: Sistematização da Experiência de atenção às condições crônicas, Análise de Contexto, Análise de Estrutura, Análise de Processo e Análise de Resultados. O campo de investigação será o município de Sobral cujo lócus para o desenvolvimento será representado pelos territórios da sede do município. Os participantes do estudo serão as pessoas com Hipertensão e Diabetes assistidas pela Estratégia Saúde da Família, profissionais da saúde e gestores da saúde. Para o desenvolvimento desta pesquisa será utilizada a triangulação de diferentes fontes de informação e de métodos de coleta e análise de dados. Dessa forma, para coleta de dados serão realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores, aplicados questionários validados com profissionais da saúde e usuários com hipertensão e diabetes e realizado consultas a fontes documentais. Para análise dos dados qualitativos será realizada análise temática proposta por Minayo e para análise dos dados quantitativos serão utilizadas técnicas estatísticas descritivas, mapeamento e análise espacial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios encontram-se adequados: Carta de Anuência, Instrumento de Coleta de Dados, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de compromisso para utilização de dados em documentos.

Recomendações:

Recomenda-se a devolutiva dos resultados da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UVA) por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atentar para as recomendações e considerações registradas.

Considerações finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar

Endereço: Av. Comendante Neucillo Rocha Pente, 150

Bairro: Derby

CEP: 60.661.540

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3877-4255

Fax: (88)3877-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Contribuição do Parecer: 2054329

para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS INFORMações BÁSICAS DO P ROJETO 910866.pdf	27/04/2017 20:00:53		Aceito
TICLÉ / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tce.docx	27/04/2017 19:56:06	Marcos Aguiar Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	27/04/2017 19:54:08	Marcos Aguiar Ribeiro	Aceito
Outros	Parecer.pdf	27/04/2017 19:52:46	Marcos Aguiar Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	27/04/2017 19:50:50	Marcos Aguiar Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 03 de Maio de 2017

Assinado por:
Maristela Inês Osawa Cragas
(Coordenador)