

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

KARINE CAVALCANTE DA COSTA



**ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (ACIC):
AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**CAMPO GRANDE
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

KARINE CAVALCANTE DA COSTA

ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (ACIC):

**AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de mestre do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Luiza Helena Oliveira Cazola.

**CAMPO GRANDE
2015**

KARINE CAVALCANTE DA COSTA

ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (ACIC):

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de mestre do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Luiza Helena Oliveira Cazola.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu à candidata o conceito_____.

BANCA EXAMINADORA	NOTA/CONCEITO
<hr/> Profa. Dra. Luiza Helena de Oliveira Cazola – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – UFMS - orientadora	<hr/>
<hr/> Profa. Dra. Ana Rita Barbieri – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - UFMS	<hr/>
<hr/> Profa. Dra. Renata Palópoli Picoli – Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul – FIOCRUZ/MS	<hr/>
<hr/> Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki – Departamento de Tecnologia de Alimentos e Saúde Pública – UFMS - suplente	<hr/>

*Dedico este trabalho à minha família: **Edson, Aldanira e Kharla** que durante todas as suas vidas se dedicaram e não mediram esforços à minha felicidade pessoal e ao meu sucesso profissional. Amo vocês!!!!*
Agradecimentos:

À **Deus**, meu criador, doador da vida e pela oportunidade de ser um vaso em Suas mãos para alcançar os Seus propósitos;

À minha orientadora Profa. Dra. **Luiza Helena de Oliveira Cazola**, pela paciência, carinho e dedicação dispensados, com perguntas certas nos momentos certos, cujo resultado se concretiza neste estudo;

À Profa. Dra. **Ana Rita Barbieri**, pelo seu conhecimento compartilhado e companheirismo desde a época da graduação em Enfermagem – UFMS;

Ao Prof. Dr. **Edson Mamoru Tamaki**, pelo carinho e tempo dedicado em oferecer suas preciosas, sensatas e certeiras opiniões;

À Profa. Dra. **Renata Palópoli Pícoli**, que participou decisivamente desta proposta, com sua delicadeza e conhecimento, desde sua fase embrionária;

Aos meus **colegas do Curso de Mestrado Profissional**, pelo carinho, respeito, amizade e alegria que fizeram com que esta fase se tornasse mais agradável;

Aos **coordenadores e professores do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família**, pela contribuição que dão ao Mato Grosso do Sul no intuito de qualificar e fortalecer a Atenção Básica deste Estado;

Aos **Colegas da Secretaria de Estado de Saúde**, que com carinho e respeito colaboraram diretamente para que este estudo se realizasse;

Aos **Colegas da Secretaria Municipal de Saúde Pública/SESAU**, pelo apoio e colaboração ao abrir as portas dos serviços de Campo Grande para realização deste estudo;

Às **Equipes de Saúde da Família de Campo Grande** que participaram, contribuindo com suas experiências, sem as quais seria impossível a realização desta pesquisa.

Tudo quanto te vier à mão para fazer, faze-o conforme as tuas forças.
Eclesiastes 9:10

RESUMO

Esse estudo teve por objetivo avaliar o instrumento *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) mediante as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) quanto à atenção às condições crônicas na Estratégia Saúde da Família em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. As condições crônicas figuram entre as principais causas de morbimortalidade no mundo, situação encontrada no Brasil e em Mato Grosso do Sul. O modelo de atenção desenvolvido não dá conta das especificidades destas condições, necessitando transformação do processo de trabalho realizado pelos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde. Para tanto, pretendeu-se identificar relações entre o ACIC com os elementos constitutivos da RAS, o que permitiu discutir a pertinência do ACIC, à luz do referencial teórico proposto e adotado para organizar os fluxos assistenciais. Também analisou-se a aplicação do instrumento ACIC junto à 30 profissionais de cinco equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) urbanas existentes nos quatro distritos sanitários na capital do Mato Grosso do Sul. Os resultados demonstraram que todas as dimensões do instrumento ACIC relacionaram-se com os elementos constituintes da RAS. Quanto à aplicação do instrumento, as cinco equipes de ESF avaliadas, consideraram sua capacidade para atenção às condições crônicas como razoável, sendo o sistema de informação clínica a principal fragilidade e o desenho do sistema de prestação de serviços de saúde, dimensão a qual atribuiu-se a maior nota. Também constatou-se a dificuldade em relação à compreensão de alguns conceitos importantes para a atenção às condições crônicas pelos profissionais. A partir dos resultados obtidos nesse estudo é possível concluir que o instrumento ACIC pode ser uma importante ferramenta voltada para a organização da atenção às condições crônicas, por ser factível quanto a sua aplicação, e permitir conhecer os processos de trabalho em equipe e compreender sua relação com a atenção às condições crônicas, além de ser aplicável para diferentes sistemas de saúde. Sua utilização na análise de cada dimensão pode propiciar uma reflexão dos profissionais acerca de seus processos de trabalho e destacar os pontos fortes desenvolvidos pela equipe e os que precisam ser aprimorados. Recomenda-se prosseguir com este estudo avaliando a percepção dos usuários quanto à qualidade do cuidado prestado pelos profissionais da equipe.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, avaliação de serviços de saúde, doenças crônicas, estratégia saúde da família.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the Assessment of Chronic Illness Care instrument (ACIC) on the guidelines of the Health Care Network (HCN) regarding to the care of chronic conditions in the Family Health Strategy in Campo Grande, Mato Grosso do Sul. The chronic conditions are among the major causes of morbidity and morbimortality in the world, situation found in Brazil and Mato Grosso do Sul. The care model developed does not provide the specificities of these conditions, requiring transformation of the work process carried out by the health services, especially in Health Primary Care. Therefore, we sought to identify relationships among ACIC with the components of HCN, which allowed to discuss the relevance of ACIC, in light of the proposed theoretical framework and adopted to organize the assistance flows. It was also analyzed the application of ACIC instrument along with the 30 professionals of five teams of the Family Health Strategy (FHS) existing in the four health districts in the capital of Mato Grosso do Sul. The results showed that all the dimensions of the ACIC instrument related to the components of RAS. Regarding the application of the instrument, the five ESF teams evaluated, considered their ability to the care to chronic conditions such as reasonable, and the clinical information system as the main weakness and the design of the health care delivery system has set the highest score. It was also found the difficulty in relation to the understanding of some important concepts to the attention to chronic conditions by the professionals. From the results acquired by this study it can be concluded that the ACIC instrument can be an important tool designed to organize the attention to the chronic conditions, because feasible as apply, and allow to know the work processes as a team and understand the relationship with the attention to the chronic conditions, besides being applicable for different health systems. Its usage in the analysis of each dimension can provide the professionals' reflection about their work processes and highlight the strengths developed by the team and what need to be improved. It is recommended to proceed with this study evaluating the users' perception about the quality of the care provided by the team professionals.

Keywords: primary health care, health care evaluation, chronic diseases, family health strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACIC	Assessment of Chronic Illness Care
APS	Atenção Primária à Saúde
CCM	Chronic Care Model
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MCC	Modelo de Cuidados Crônicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização PanAmericana da Saúde
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde Pública
SESFACS	Serviço da Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 Transições no Brasil: demográfica, epidemiológica e nutricional.....	12
2.2 Modelos de atenção voltado às condições crônicas.....	13
2.3 Redes de atenção à saúde.....	19
2.4 Avaliação do modelo de cuidados crônicos.....	21
2.5 O papel da atenção básica nas condições crônicas.....	23
2.6 Contextualização do perfil epidemiológico de Mato Grosso do Sul e capital.....	24
2.7 A situação da atenção básica no Mato Grosso do Sul e capital.....	26
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 Objetivo geral.....	29
3.2 Objetivos específicos.....	29
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
4.1 Tipo.....	30
4.2 Local e período da pesquisa.....	30
4.3 População a ser pesquisada.....	30
4.4 Instrumento / procedimento para coleta de dados.....	33
4.5 Organização dos dados.....	35
4.6 Aspectos éticos.....	35
5 RESULTADOS.....	37
6 ARTIGOS.....	38
6.1 Artigo 1 – <i>ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE - ACIC: ANÁLISE DO INSTRUMENTO</i>	38
6.2 Artigo 2 – <i>Assessment of Chronic Illness Care - ACIC: aplicabilidade e resultados</i>	52
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	73
ANEXO A - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS – ACIC.....	78
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	88
ANEXO C - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE.....	89
ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	90

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas representam a maior causa mundial de mortalidade (60%), sendo as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias obstrutivas as causas mais comuns de mortalidade (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012; BARCELÓ et al., 2012).

O cenário epidemiológico do Brasil apresenta três transições distintas: a demográfica, a epidemiológica e a nutricional e estas corroboram com o aumento das condições crônicas. Neste sentido, o Sistema de Saúde enfrenta desafios importantes quanto ao modelo de atenção adotado que privilegia o agudo ou a agudização das condições crônicas.

Recentes estudos têm demonstrado que os serviços de saúde ainda estão voltados para a atenção às condições agudas, caracterizada como necessidades clínicas de saúde, de duração rápida, cujo acesso acontece por meio da demanda espontânea, o processo de trabalho está baseado na intervenção imediata, e cujo produto da intervenção será uma prescrição médica. Essa atenção é predominante e não tem contribuído para a inversão da situação sanitária do país (BRASIL, 2011).

Em contraponto, às condições crônicas são definidas como condições ou patologias com ciclo de vida superior a três meses, que não se autolimitam, cujo acesso se dá por meio de agendamento e necessitam de um modelo com atuação interdisciplinar culminando com a elaboração de um plano de cuidados com responsabilidades compartilhadas entre usuários e profissionais (BRASIL, 2011).

Diante disso, a Atenção Básica se configura como importante espaço para a atenção às condições crônicas, pois esse nível de assistência tem a responsabilidade de oferecer resolutividade a aproximadamente 85% das necessidades sentidas pela sua população adscrita, considerando os diversos fatores determinantes da saúde, por meio de uma atenção humanizada, multiprofissional e que seja a coordenadora do cuidado (MENDES, 2012; STARFIELD, 2004).

Avaliar a atenção às Condições Crônicas na capital do Estado do Mato Grosso do Sul, por meio da percepção de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, torna-se necessário, uma vez que é imperativo às estas equipes terem conhecimento e consciência sobre o cuidado que desenvolvem aos usuários

em condições crônicas e da necessidade de mudanças em suas práticas, de modo a aprimorar a qualidade da atenção.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Transições no Brasil: demográfica, epidemiológica e nutricional

A saúde no Brasil apresenta-se de forma a identificar três transições distintas. A primeira trata-se da transição demográfica, representada pelo envelhecimento da população e redução do número de nascidos vivos, modificando a formatação da pirâmide etária. A segunda transição, chamada de epidemiológica, apresenta mudanças quanto à morbimortalidade: uma tendência de aumento das condições crônicas, manutenção/redução das condições agudas e o aparecimento das causas externas, motivadas pela violência interpessoal, acidentes de trânsito, domésticos entre outros. A essa situação denomina-se tripla carga de doenças (DUARTE; BARRETO, 2012).

A última transição é a nutricional, na qual os interesses mercadológicos corroboram para a elevação do número de pessoas obesas ou em sobrepeso, o que, conseqüentemente, causará impacto sobre as condições crônicas (MACINKO; DOURADO; GUAINAIS, 2011; MENDES, 2012).

As condições crônicas no mundo, assim como no Brasil, tem-se mostrado como um grande desafio a ser enfrentado, tendo em vista que 73% dos óbitos ocorridos são por doenças crônicas não transmissíveis, tendo as cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes e câncer como principais causas (SCHMIDT et al., 2011; HOSSEINPOOR et al., 2012).

É importante realizar um alinhamento conceitual quanto à diferenciação entre condições crônicas e doenças crônicas. Essa dicotomia parte do conceito de condições de saúde, que se dividem em condições agudas e crônicas, diferente da tipologia de doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis, no qual a lógica é a etiopatogenia, ou seja, se a doença se transmite ou não. “Essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde” (MENDES, 2012, p. 25).

Estas condições exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas no sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias

para sua estabilização e controle efetivo, eficiente e com qualidade (MENDES, 2012).

A dificuldade no acesso aos serviços de saúde no que se refere à promoção e prevenção, ao diagnóstico e aos medicamentos essenciais são fatores que contribuem diretamente para o aumento da carga de doenças crônicas (MACINKO; DOURADO; GUAINAIS, 2011).

O Sistema de Saúde no Brasil, para atender a estas transformações, vive em um descompasso entre o aumento das condições crônicas, do processo de trabalho e da gestão, que ainda privilegiam as condições agudas ou a agudização das condições crônicas (BRASIL, 2011).

Portanto, o modelo de atenção a ser adotado é determinante para o sucesso da melhoria das condições de vida de um indivíduo ou comunidade (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que estabelecem o cuidado, articulando, de forma única, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções em saúde (MENDES, 2010).

2.2 Modelos de atenção voltado às condições crônicas

2.2.1 Modelo de atenção crônica

Este modelo foi criado pelo MacColl Institute for Healthcare Innovation, Estados Unidos e adaptado pela Organização Mundial da Saúde sendo resultado de ampla revisão bibliográfica internacional, no que diz respeito ao manejo às condições crônicas, considerando a complexidade da atenção às condições crônicas, e, para essas situações é necessário que haja também uma solução complexa, sistêmica e multidimensional. Portanto, o intuito deste modelo é visualizar os componentes de uma estratégia para o enfrentamento às doenças crônicas e assim diminuir sua incidência, reduzir a prevalência e propor tratamentos, bem como

a reabilitação (MENDES, 2012; BARCELÓ, et al., 2012; WAGNER, 1998; SOLBERG et al., 2006).

O Modelo de Atenção Crônica, tradução literal do inglês Chronic Care Model (CCM), foi posteriormente designado pelo termo mais conhecido como: Modelo de Cuidados Crônicos (MCC) (MENDES, 2010; 2012).

Este modelo propõe inovação para as ações de prevenção, controle e atenção às doenças crônicas e tem sido utilizado para avaliar e melhorar a qualidade do cuidado, pois orienta um trabalho longitudinal, planejado e dirigido (WAGNER, 1998; WAGNER et al., 2001).

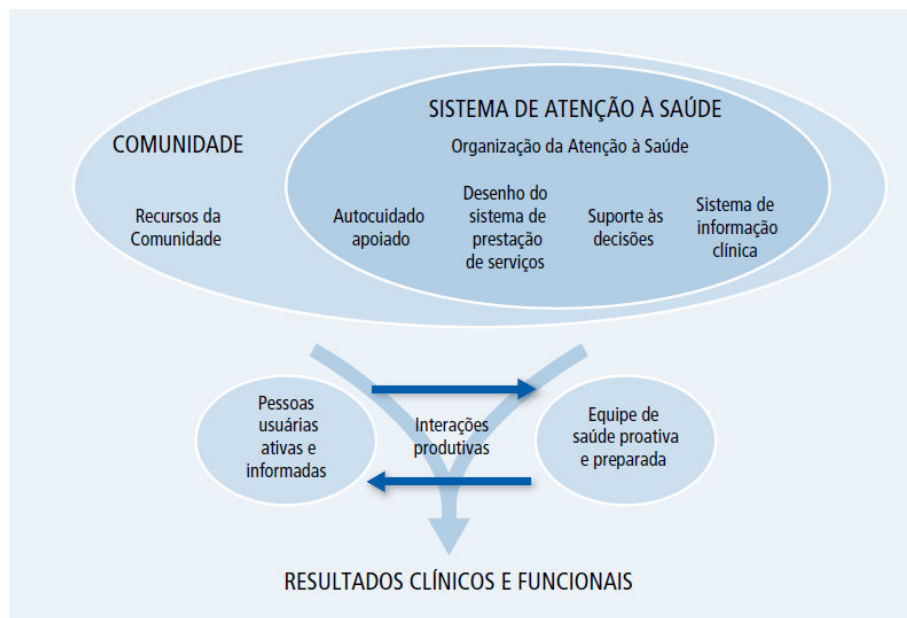


Figura 1 – O Modelo de atenção crônica

Fonte: Mendes, 2012

Na figura 1, segundo Barceló et al. (2012), verifica-se os seis componentes deste modelo subdivididos em duas grandes dimensões: sistema de atenção à saúde e comunidade. Os seus componentes são:

- a) Organização da atenção à Saúde: manter uma organização ou instituição que promova atenção de forma planejada, ininterrupta, confiável e de alta qualidade, além de propiciar as estratégias de melhoria e aceitar que os usuários transitem por todos os níveis da assistência e pontos de atenção necessários.
- b) Desenho do sistema de prestação de serviço: garantir uma atenção clínica efetiva e eficiente, que estimule e sustente o autocuidado, na distribuição de

atribuições aos profissionais de saúde e na promoção de interações entre profissionais e usuários, com uma abordagem culturalmente adequada.

c) Apoio técnico assistencial/suporte às decisões: disponibilizar diretrizes clínicas, baseadas em evidências, para que sejam incorporadas nas rotinas de serviço, com intuito de compartilhar informações entre usuário e profissionais que devem incentivar a participação ativa dos mesmos.

d) Sistemas de informação clínicos: manter organizado os dados clínicos individuais e coletivos com intuito de prestar atenção eficiente e efetiva, de modo a facilitar o planejamento, a classificação de riscos e a coordenação da atenção clínica integral. O sistema deve gerar alerta em tempo oportuno para profissionais, prestadores e usuários de maneira a apoiar o cumprimento das diretrizes clínicas e as estratégias de melhoria.

e) Apoio ao autocuidado: fomentar a existência de usuários preparados e capacitados para serem agentes ativos e protagonistas no cuidado de sua própria saúde. Para isso é necessário empregar estratégias de apoio ao usuário para o autocuidado, incluindo planejamento das ações, resolução de problemas, seguimento e avaliação das metas.

f) Recursos da comunidade: mobilizar os recursos da comunidade para apoiar a satisfação das necessidades desta, que participam em programas comunitários efetivos. Articulação dos serviços de saúde e organizações comunitárias para suprir os vazios assistenciais e pleitear políticas que melhore a atenção à saúde.

O resultado final do modelo é uma interação produtiva entre usuário melhor esclarecido e a equipe de saúde preparada, que produz melhores resultados (BARCELÓ et al., 2012; GOULART, 2011; MENDES, 2012; WAGNER et al., 2001).

2.2.2 Modelo da pirâmide de risco

Este modelo, também é conhecido como Modelo da Kaiser Permanente, operadora de planos de saúde dos Estados Unidos. Ele agrega o conceito da estratificação em três subpopulações de risco: o primeiro diz respeito às condições leves com forte capacidade ao autocuidado, o segundo as condições moderadas e o

terceiro aos portadores de condições muito complexas e instáveis e com baixa capacidade ao autocuidado.

É também considerada a relação entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional proporcional ao risco de complexidade das pessoas portadoras de condições crônicas (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005; DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

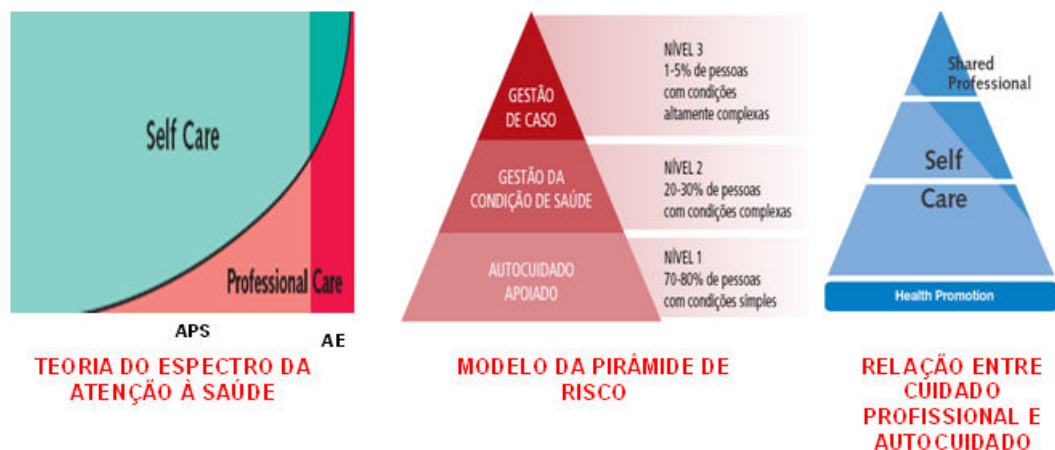


Figura 2 – O Modelo da Pirâmide de Risco
Fonte: Mendes, 2013.

2.2.3 Modelo da determinação social da saúde

Os determinantes sociais da saúde são um conjunto de condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham também conhecidos como a causa das causas. Esses determinantes interferem diretamente na saúde. A figura 4 trata-se do modelo de Dahlgren e Whitehead, definida pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde para ser utilizado no Brasil, pela sua simplicidade a todos os tipos de públicos (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Como pode-se verificar na figura 3, os determinantes da saúde estão divididos em diferentes camadas, conforme seu nível de abrangência, desde uma camada proximal aos determinantes individuais até a camada na qual se localizam os macrodeterminantes. A camada 1 refere-se aos determinantes individuais, com

suas características de sexo, idade e genética. Já a camada 2, imediatamente externa diz respeito aos comportamentos e estilos de vida (dieta, sobrepeso, obesidade, inatividade física, tabagismo, uso excessivo do álcool, entre outros). Estes determinantes encontram-se no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais (MENDES, 2012).



Figura 3 – O Modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead
Fonte: Mendes, 2012

A camada 3 destaca a influência das relações estabelecidas entre os atores sociais, estas podem ser informações e de cooperação (famílias, vizinhos e grupos) como também relações formais. Na camada 4 encontram-se os determinantes intermediários que estão relacionados às condições de vida e trabalho, como o acesso aos serviços e ambientes essenciais. Finalmente, a camada 5 apresenta os macrodeterminantes que exercem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionadas às condições econômicas, culturais e ambientais. Estes são conhecidos como determinantes sociais distais da saúde (MENDES, 2012).

2.2.4 Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Para propor uma mudança de modelo de atenção à saúde, de modo que contemple a estabilização das condições crônicas, Mendes (2012) apresenta uma adaptação, conforme figura abaixo, de três modelos de condições crônicas existentes: o Modelo de Atenção Crônica - Chronic Care Model (WAGNER, 1998), o modelo da Pirâmide de Risco, (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005; DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007) e o Modelo da Determinação Social da Saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).



Figura 4 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC

Fonte: Mendes, 2012

Este modelo deve ser lido em três colunas: na parte esquerda da Figura 4, encontram-se os níveis de estratificação de risco de uma população. A linha diagonal que no centro da figura demonstra a concentração relativa e atenção profissional e o autocuidado apoiado. Pode-se verificar que ao passo que evolui o grau de risco de uma população portadora de condição crônica a relação entre autocuidado apoiado e atenção profissional vai se modificando. Estes aspectos advêm do Modelo da Pirâmide de Riscos (MENDES, 2012).

Os níveis dispostos na parte central referem-se ao Modelo de Atenção Crônica, trata-se das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas

populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica. A direita da figura 1 encontram-se os níveis do Modelo de Determinação Social da Saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. Vale ressaltar que os determinantes distais da saúde não são incluídos por se tratar de um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2012).

2.3 Redes de atenção à saúde

A análise dos sistemas internacionais de saúde mostra que estes são dominados por sistemas fragmentados, organizados através de pontos de atenção isolados, sem comunicação entre os níveis de atenção, incapazes de prestar uma atenção contínua à população, sem a preocupação de definir a população de responsabilidade do serviço de saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS) não exerce função de centro de comunicação e coordenação do cuidado (MENDES, 2011).

No Brasil, a estratégia existente para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessitam com efetividade e eficiência, é a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A base de uma RAS é a APS, que assume o papel central no desenho e funcionamento dos componentes da rede. Portanto, o sucesso da RAS depende da efetividade da APS (resolutividade, responsabilização e coordenação) (BRASIL, 2010, 2014a).

A organização em RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, torna-se um mecanismo de superação desta fragmentação; se torna mais eficaz, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010, 2014a).

Os objetivos da RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde,

a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN; HAM, 2009).

A RAS caracteriza-se pela concepção de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, por compartilhar objetivos e compromissos em todos os pontos de atenção (espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular) (MENDES, 2010).

Os elementos constituintes a RAS são: população (população adscrita à rede de atenção à saúde), modelo lógico (modelo de atenção à saúde) e uma estrutura operacional (os componentes da rede de atenção à saúde): APS; Pontos de Atenção Secundários e Terciários (Hospitais e Ambulatórios); Sistemas de Apoio (Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Telessaúde, Sistemas de Informação em Saúde); Sistemas Logísticos (Regulação, Transporte Sanitário) e Sistemas de Governança (MENDES, 2011).

As RAS consideradas prioritárias no Brasil são a Rede Cegonha, que trata da linha materno-infantil, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a rede mais recentemente publicada, a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014a).

2.3.1 Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas

No que diz às condições crônicas, foi publicada a Portaria GM nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, redefinida pela Portaria GM nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014b).

Nesta portaria, considerou-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de

cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. Seus princípios, objetivos gerais e específicos estão descritos nos artigos 3º, 4º e 5º. (BRASIL, 2014b).

Os princípios desta rede abrangem o acesso, o acolhimento, a humanização da atenção, o respeito às diversidades existentes, a atenção multiprofissional, a articulação com os diversos pontos de atenção através da regulação, a atuação territorial baseada nas necessidades locais, ao monitoramento e avaliação, a articulação interfederativa, a participação e controle social dos usuários, ao estímulo ao autocuidado, a equidade dos determinantes sociais da saúde e ao processo de formação e qualificação profissional (BRASIL, 2014b).

Quanto aos objetivos, citam-se a realização de ações contínuas de atenção integral desde a promoção de hábitos de vida saudáveis e enfrentamento dos fatores de risco à manutenção da saúde; a mudança do modelo de atenção à saúde por meio da ampliação do acesso, da longitudinalidade do cuidado, da garantia dos recursos diagnósticos e terapêuticos impactando nos indicadores relacionados às doenças crônicas (BRASIL, 2014b).

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada, que se divide em: a) ambulatorial especializado; b) hospitalar; e c) urgência e emergência; Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos; Regulação; e Governança (BRASIL, 2014b).

No Estado de Mato Grosso do Sul, esta RAS está em processo de discussão pelo grupo condutor estadual, para a construção dos Planos de Ação de Regional, nos moldes do MACC, das linhas de cuidados prioritárias para esta RAS: sobrepeso e obesidade, doença renal crônica e câncer (BRASIL, 2014a).

2.4 Avaliação do modelo de cuidados crônicos

Pesquisadores especialistas em saúde na área de gerenciamento para cuidados inovadores em condições crônicas do *MacColl Institute for Healthcare for Innovation* de Seattle, Washington, EUA, elaborou dois instrumentos práticos tendo objetivo de avaliar a eficácia do Modelo de Cuidados Crônicos nos sistemas de

saúde, sendo um na perspectiva do usuário com condição crônica e outro na perspectiva do profissional da equipe (BARCELÓ et al., 2012).

O primeiro refere-se ao *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC), desenvolvido em Washington e Idaho, EUA, único instrumento existente na literatura com objetivo de avaliar a qualidade do cuidado recebido pela pessoa com uma ou mais condições crônicas, nos últimos seis meses (GLASGOW et al., 2005).

O *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) foi elaborado a partir de uma ferramenta desenvolvida no Sistema de Saúde Indígena dos Estados Unidos para avaliação da atenção ao diabetes mellitus (ACTON et al., 1995).

O ACIC é proposto para ser utilizado por equipes de saúde para: (1) identificar áreas para a melhoria da atenção em doenças crônicas antes da implementação de ações/ projetos de melhoria de qualidade, e (2) avaliar o nível e a natureza das melhorias feitas em resposta às intervenções adotadas (BONOMI et al., 2002) .

Este instrumento derivou de intervenções específicas, baseadas em evidências, para os seis componentes do modelo de atenção para doenças crônicas, conforme figura 2 (recursos da comunidade, organização do sistema de saúde, apoio para o autocuidado, desenho da linha de cuidado, suporte para decisões clínicas e sistema de informações clínicas) (OPAS, 2010).

Trabalhos internacionais evidenciam a possibilidade da utilização do instrumento ACIC de diferentes modos, para a realização de uma autoavaliação do processo de trabalho da equipe de saúde em atenção às condições crônicas, assim como, para os processos educativos, com intuito de identificar lacunas curriculares no ensino da atenção às condições crônicas e ajudar aos programas de educação de residência e práticas de ensino (BOWEN et al., 2010; STEVENS et al., 2010; LEYKUM et al., 2011).

Outros estudos estão focados em medir o grau de implementação do MCC, junto aos profissionais de cuidados primários, a fim de testar se as melhorias na qualidade dos cuidados foram correlacionadas com a implantação do modelo, além de fornecer um guia para o desenvolvimento de intervenções para melhorar o atendimento às condições crônicas (PATEL; PARCHMAN, 2011; SI et al., 2005; SOLBERG et al., 2006; SUNAERT et al., 2009).

No Brasil, este instrumento foi previamente validado e aplicado pela experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba acompanhada pelo

Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), para a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). A sua aplicação foi realizada em dois momentos, no primeiro para definição de uma linha de base, para posterior implantação do MACC, e no segundo, a sua reaplicação para comparação com a linha de base. Conforme Bowen *et al.* (2010), a pesquisa ACIC é tipicamente aplicada em três momentos: no início, em um ponto médio e no final da pesquisa (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

2.5 O Papel da Atenção Básica nas Condições Crônicas

Vale à pena ressaltar que de acordo com a Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, esta considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, como equivalentes (BRASIL, 2012a).

Este nível de assistência, conforme portaria citada se caracteriza,

...por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, é desenvolvida por meio do exercício de práticas dirigidas a populações de territórios bem delimitados (BRASIL, 2012a, p. 19).

Há evidências na literatura mundial que, países nos quais a Atenção Básica é valorizada, há melhores resultados nos indicadores em saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários, afetando diretamente a redução da mortalidade por doença cardíaca, acidente vascular cerebral mortalidade infantil, baixo peso ao nascer, a expectativa de vida, inclusive mortalidade por câncer (STARFIELD; MACINKO, 2005; GOULART, 2011).

A importância de trabalhar em territórios delimitados parte do princípio que este local abarca o espaço onde vivem os atores e que abriga suas relações e condições relacionadas à sobrevivência: afazeres, renda, residência e acesso à educação. Neste ambiente deve ser considerado o saber preexistente e os costumes dos sujeitos, a compreensão sobre o processo saúde-doença, família e sociedade, sendo um local privilegiado para a ação em saúde porque nele

consegue-se motivar um conjunto de potencialidades e fragilidades que devem ser priorizadas, e os recursos disponíveis para atender às necessidades de saúde de cada comunidade (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Dentre os fundamentos e diretrizes propostos na Política Nacional de Atenção Básica, os conceitos de longitudinalidade, coordenação da integralidade e estímulo a participação do usuário devem ser considerados como chaves para a atenção às condições crônicas, bem como as funções assumidas por este nível de assistência no contexto das Redes de Atenção à Saúde, ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2012a).

A Saúde da Família apresenta-se como o modelo capaz de causar transformação da situação das doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares, pois permite a aproximação dos indivíduos, do seu coletivo e de suas interações sociais, colaborando para a mudança de seus comportamentos e hábitos de vida (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Desta forma, o fortalecimento da atenção básica para a prevenção e controle de doenças crônicas é um trabalho de fundamental importância, e demanda um conjunto de ações como, redesenho organizacional, capacitação e formação de pessoal, reorientação da oferta e coordenação da rede assistencial (BARCELÓ, et al., 2012).

Trabalhar com incentivo a prática de exercícios físicos, redução do tabagismo e do consumo de alimentos não saudáveis são fatores evitáveis a grande parte das condições crônicas e da prevenção de suas complicações (BRASÍLIA, 2003; BRASIL, 2014c).

2.6 Contextualização do perfil epidemiológico de Mato Grosso do Sul e capital

Mato Grosso do Sul apresenta uma população jovem, porém com aumento crescente da população acima de 60 anos que conforme dados do censo IBGE – 2010 há aproximadamente, 10% de idosos (239.270), em relação à sua população de 2.449.024 habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2011).

Tabela 1 - Mortalidade proporcional, por categoria CID – 10 em Mato Grosso do Sul, 2012

Causas	Total	%
Total	14.634	100,00
I21 Infarto agudo do miocárdio	1.358	9,28
J18 Pneumonia p/microorg NE	713	4,87
E14 Diabetes mellitus NE	602	4,11
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquêmico	494	3,38
J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas crônicas	461	3,15
I11 Doenc cardíaca hipertensiva	368	2,51
X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	334	2,28
I10 Hipertensão essencial	292	2,00
C34 Neopl malig dos bronquios e dos pulmões	288	1,97
I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	278	1,90
Outras	9.446	64,55

Fonte: TABNET, DATASUS, 2014d.

Tabela 2 - Mortalidade proporcional, por categoria CID – 10 em Campo Grande, MS, 2012

Categoria CID – 10	Total	%
Total	4.583	100,00
I21 Infarto agudo do miocárdio	395	8,62
J18 Pneumonia p/ microorg NE	290	6,33
J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas crônicas	143	3,12
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquêmico	136	2,97
E14 Diabetes mellitus NE	129	2,81
I11 Doenc cardíaca hipertensiva	116	2,53
I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	112	2,44
C3 Neopl malig dos brônquios e dos pulmões	111	2,42
X95 Agressão disparo outr arma de fogo ou NE	99	2,16
G30 Doenc de Alzheimer	80	1,75
Outras	2.972	64,85

Fonte: TABNET, DATASUS, 2014d.

As tabelas 1 e 2 demonstram que entre as dez principais causas de mortalidade no Mato Grosso do Sul e em sua capital, todas as causas são consideradas como condições crônicas, com exceção de J18 pneumonia p/ microorg NE.

2.7 A Situação da atenção básica de Mato Grosso do Sul e capital

Segundo dados referentes a agosto de 2014, o estado apresenta 4.263 agentes comunitários de saúde em todos os 79 municípios, cobrindo 92,27% da população. Quanto às Equipes de Saúde da Família (ESF), estas somam 530, também presentes em todos os municípios, com cobertura populacional de 67,17%, sendo que 31 municípios apresentam 100% de sul-mato-grossenses acompanhados (FIGURAS 5 e 6) (BRASIL, 2014e).

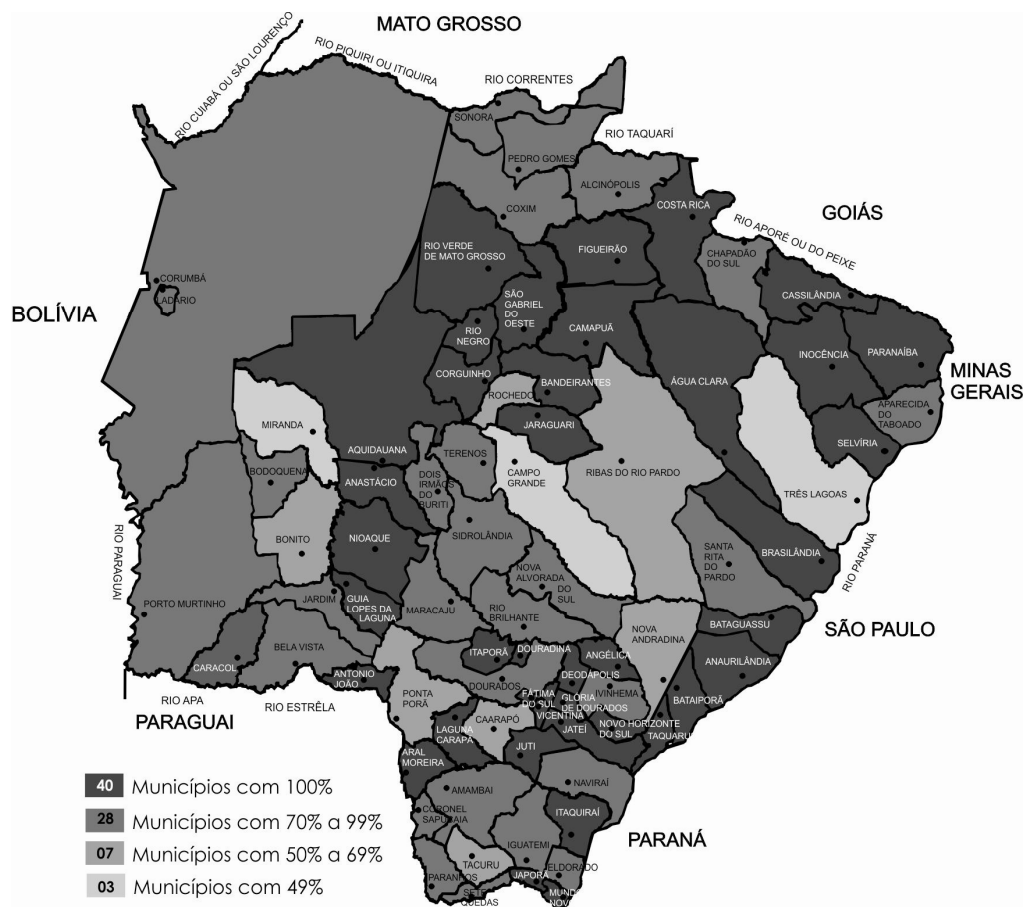


Figura 5 – Situação da cobertura populacional de ESF no Mato Grosso do Sul, 2014
Fonte: Mato Grosso do Sul, 2014

Quanto aos serviços de Atenção Básica existentes, vale ressaltar que o então Programa de Saúde da Família foi implantado no Estado em 1998, com apenas 10 equipes em sete municípios e 1,76% de pessoas atendidas, conforme figura 6 (MATO GROSSO DO SUL, 2008; BRASIL, 2014e).

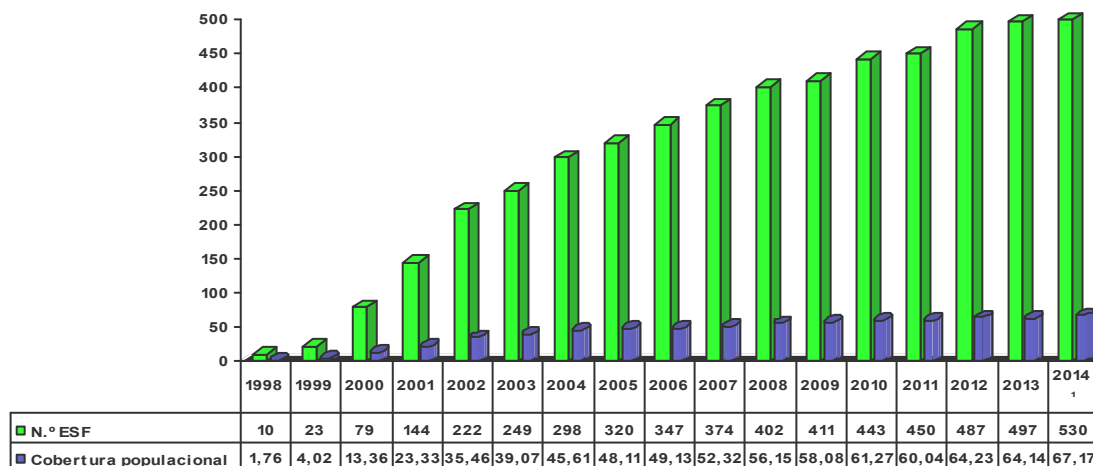


Figura 6 – Evolução do número de ESF e cobertura populacional em Mato Grosso do Sul, 1998-2014.

Fonte: BRASIL, 2014e

¹ Informações até agosto de 2014

Quanto a Campo Grande, o município iniciou a implantação de Equipes de Saúde da Família em 2000 com 11 equipes cobrindo 5,84% de campo-grandenses. Conforme dados de agosto de 2014, a cobertura populacional é de 37,7% com 86 equipes (BRASIL, 2014e) (FIGURA 7).

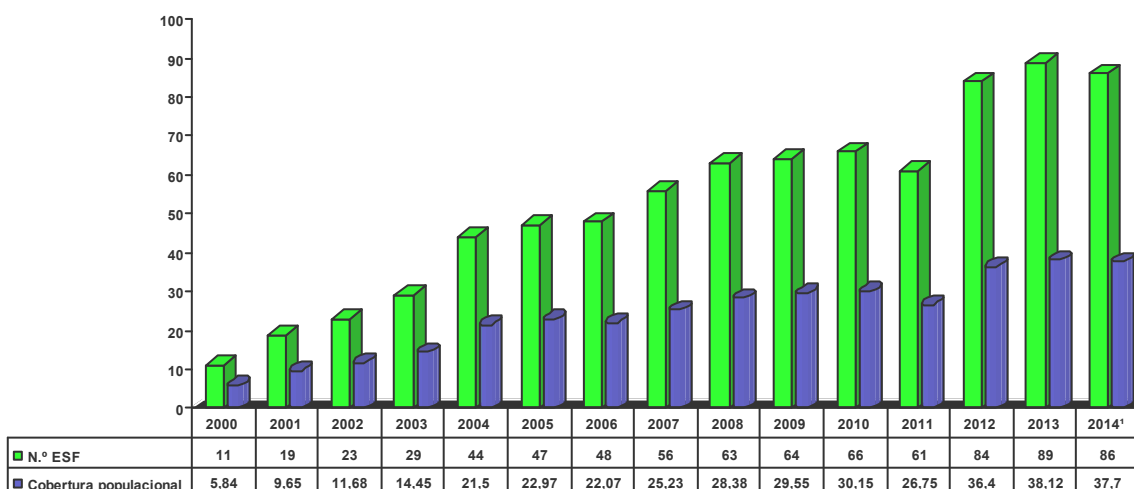


Figura 7 – Evolução do número de ESF e cobertura populacional em Campo Grande, MS, 2000-2014

Fonte: BRASIL, 2014e

¹ Informações até agosto de 2014

Neste sentido, este estudo objetiva analisar o instrumento ACIC mediante as diretrizes da RAS, avaliar a sua aplicabilidade junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, e a capacidade institucional destas equipes quanto à atenção às condições crônicas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o instrumento ACIC mediante as diretrizes da RAS quanto à atenção às condições crônicas na Estratégia Saúde da Família em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar o instrumento proposto de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas à luz dos referenciais teóricos existentes para a RAS;
- b) Avaliar a aplicabilidade do instrumento na Estratégia de Saúde da Família de Campo Grande em relação às variáveis de tempo, número de participantes e forma de aplicação.
- c) Avaliar a capacidade institucional para atenção às condições crônicas junto aos profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família de Campo Grande.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa baseada em dados primários obtidos por meio da aplicação de instrumento de avaliação às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

4.2 Local e período da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no período de 2013 e primeiro semestre de 2014.

4.3 População a ser pesquisada

Participaram desse estudo os profissionais de equipes da ESF, sendo considerados para critérios de inclusão a existência de Unidades Básicas de Saúde compostas pelas equipes mínimas (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal); terem sido implantadas até dezembro de 2012, pois é necessário um tempo mínimo de conhecimento da população adscrita e, a presença de no mínimo três profissionais no momento da aplicação, sendo obrigatória a participação do (a) enfermeiro (a) e do (a) médico (a) (BRASIL, 2012a).

Como critérios de exclusão, equipes cujos profissionais não aceitassem participar da pesquisa, equipes incompletas, e aquelas nas quais os profissionais médicos e enfermeiros estivessem afastados por qualquer motivo (férias e licença).

Conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (SESAU) o município apresentou um quantitativo de 83 equipes s (COSTA, 2013).

Campo Grande é dividido em sete regiões urbanas que se subdividem em quatro distritos sanitários, sendo que em todos estes distritos existem equipes da ESF.

Para a escolha das equipes que participaram da pesquisa, foi utilizada a amostragem probabilística por conglomerados (ANDRADE, 2013) e procedeu-se o sorteio de uma UBSF em cada um dos quatro distritos sanitários existentes em Campo Grande (CAMPO GRANDE, 2012), sendo escolhidos os estabelecimentos destacados na figura a seguir.

Distrito Sanitário	Unidades Básicas de Saúde da Família existentes	Nº da ESF	Distrito Sanitário	Unidades Básicas de Saúde da Família existentes	Nº da ESF
Norte	UBSF José Abrão	36		UBSF Iracy Coelho ¹	149
	UBSF José Abrão	39		UBSF Iracy Coelho ¹	150
	UBSF Marabá	64		UBSF Iracy Coelho ¹	151
	UBSF Marabá	65		UBSF Aero Rancho 4	54
	UBSF Nova Lima I	45		UBSF Aero Rancho 4	56
	UBSF Nova Lima I	52		UBSF Aero Rancho 4	99
	UBSF Jardim Noroeste	127		UBSF Jardim Botafogo	106
	UBSF Jardim Noroeste	146		UBSF Jardim Botafogo	107
	UBSF Nossa Sra das Graças ¹	129		UBSF Jardim Botafogo	108
	UBSF Nossa Sra das Graças ¹	130		UBSF Vila Carvalho	73
	UBSF São Benedito	42	Leste	UBSF M ^a Apcida Pedrossian	63
	UBSF Estrela D'Alva	57		UBSF M ^a Apcida Pedrossian	67
	UBSF Estrela D'Alva	58		UBSF M ^a Apcida Pedrossian	68
	UBSF Estrela D'Alva	59		UBSF Três Barras	132
	UBSF Estrela D'Alva	60		UBSF Itamaracá ¹	69
	UBSF Jardim Seminário	40		UBSF Itamaracá ¹	70
	UBSF Vida Nova	43		UBSF Itamaracá ¹	71
	UBSF Vida Nova	44	Oeste	UBSF Serradinho	24
	UBSF Vida Nova	46		UBSF Serradinho	25
	UBSF Fernando Arruda	153		UBSF Serradinho	125
UBSF Fernando Arruda	154	UBSF Portal Caiobá		13	
Sul	UBSF COHAB	111		UBSF Portal Caiobá	14
	UBSF COHAB	112		UBSF Portal Caiobá	16
	UBSF Alves Pereira	96		UBSF Zé Pereira	30
	UBSF Alves Pereira	97		UBSF Zé Pereira	131
	UBSF Alves Pereira	98		UBSF Tarumã	4
	UBSF Macaúbas	115		UBSF Tarumã	7
	UBSF Macaúbas	128	UBSF Tarumã	11	
	UBSF Parque do Sol	119	UBSF São Conrado	17	
	UBSF Parque do Sol	120	UBSF São Conrado	18	
	UBSF Parque do Sol	121	UBSF São Conrado	19	
	UBSF Parque do Sol	124	UBSF Aero Itália ¹	22	
	UBSF Vila Corumbá	123	UBSF Aero Itália ¹	23	
	UBSF Mário Covas	113	UBSF Aero Itália ¹	26	
	UBSF Mário Covas	116	UBSF Aero Itália ¹	27	
	UBSF Mário Covas	126	UBSF Batistão	6	
	UBSF Paulo Coelho	148	UBSF Batistão	102	
	UBSF Paulo Coelho	152	UBSF Batistão	103	
	UBSF Los Angeles	114	UBSF Jardim Antártica	3	
	UBSF Los Angeles	118	UBSF Jardim Antártica	10	
	UBSF Nova Esperança	91	UBSF Jardim Antártica	33	
UBSF Nova Esperança	92				

Figura 8 - Distribuição das 83 ESF implantadas em Campo Grande, por distrito sanitário, dezembro de 2012.

Fonte: SESFACS/SESAU, 2013

¹Equipes sorteadas por distrito sanitário

Após a identificação das equipes, autorização da gestão municipal e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética de Pesquisa da UFMS, foi realizado o contato com os gerentes das UBSF destacadas na figura 8. Verificou-se que do total de UBSF (5), uma apresentava todas as equipes completas em relação à composição profissional e que atendiam aos critérios de inclusão deste estudo em relação aos profissionais mínimos (FIGURA 9).

UBSF	Nº de Equipes/UBSF	Nº de Equipes que atendiam aos critérios de inclusão
Nossa Senhora das Graças	2 equipes	2 equipes
Iracy Coelho	3 equipes	1 equipe
Itamaracá	3 equipes	1 equipe
Aeroitália	4 equipes	1 equipe
4 UBSF	12 equipes de ESF	5 equipes de ESF

Figura 9 – Distribuição de Equipes de ESF por UBSF sorteadas por distrito sanitário em Campo Grande, maio e junho de 2014.

Quanto à composição profissional, verifica-se que das 5 equipes de ESF participantes, apenas 02 participaram com a totalidade dos profissionais, as demais 3 equipes participaram com o mínimo exigido pelos critérios de inclusão desta pesquisa, totalizando 30 profissionais (FIGURA 10).

Equipe	Total de profissionais participantes	Categorias profissionais participantes
01	9	01 médico; 01 enfermeiro; 01 dentista; 01 auxiliar de enfermagem; 01 auxiliar de saúde bucal; 04 agentes comunitários de saúde
02	11	01 médico; 01 enfermeiro; 01 dentista; 01 auxiliar de enfermagem; 01 auxiliar de saúde bucal; 06 agentes comunitários de saúde
03	04	01 médico; 01 enfermeiro; 01 auxiliar de enfermagem; 01 agente comunitário de saúde
04	03	01 médico; 01 enfermeiro; 01 auxiliar de saúde bucal
05	03	01 médico; 01 enfermeiro; 01 auxiliar de enfermagem
Total	30	05 médicos; 05 enfermeiros; 02 dentistas; 04 auxiliares de enfermagem; 03 auxiliares de saúde bucal; 11 agentes comunitários de saúde

Figura 10 – Quantitativo de profissionais participantes da aplicação do instrumento ACIC junto às equipes selecionadas da ESF de Campo Grande, MS.

4.4 Instrumento / procedimento para coleta de dados

Foi aplicado um instrumento direcionado aos profissionais da equipe durante os meses de maio e junho de 2014, denominado Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas – ACIC, previamente validado pela experiência de Curitiba acompanhada pelo Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas, OPAS, CONASS (Anexo A).

Este instrumento foi desenvolvido para permitir a avaliação dos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. O mesmo é composto pelas seis dimensões vinculadas ao desenvolvimento do MCC, mais uma sétima que avalia a integração dos componentes. Suas respostas são analisadas por meio de uma escala de pontuação de 0 a 11, na qual (0) representa a menor pontuação, ou seja, um local com recursos e estruturas muito limitados e (11) a maior pontuação, um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. Para cada dimensão é gerada uma pontuação média e ao final é realizada sua soma e dividida pelo número de dimensões (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

3	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 e prestada esteja orientado e permite maior ênfase no cuidado às condições crônicas.
Articulação com a comunidade	A articulação entre o sistema de saúde (instituição/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 da 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 equipe 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	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>	

Figura 11 - Dimensões e conceitos do ACIC

Fonte: MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012.

Antecedendo a aplicação do instrumento com a presença do pesquisador, foi realizada uma reunião com os profissionais exigidos para a pesquisa, por UBSF selecionada, na qual foram apresentados pela pesquisadora o alinhamento conceitual e objetivo da pesquisa, sendo convidados a participar da mesma.

Após a apresentação foi entregue e lido individualmente duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo B), ficando uma com o entrevistado e outra com o entrevistador.

Com o TCLE dos profissionais participantes da equipe em mãos do pesquisador, iniciou a aplicação coletiva do instrumento ACIC, pois existem estudos que recomendam a análise da avaliação por meio de consenso (BONOMI, 2012). Para isso, foi necessário que cada equipe, pudesse estar em local reservado, concomitantemente, para discutir os questionamentos contidos no instrumento, bem como registrar os apontamentos. O pesquisador esteve presente no momento para dirimir quaisquer dúvidas que pudessem surgir.

A aplicação do instrumento foi realizada no período da reunião de equipe, agendada previamente com o responsável técnico da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande – SESAU, para que não houvesse comprometimento no processo de trabalho (FIGURA 12).

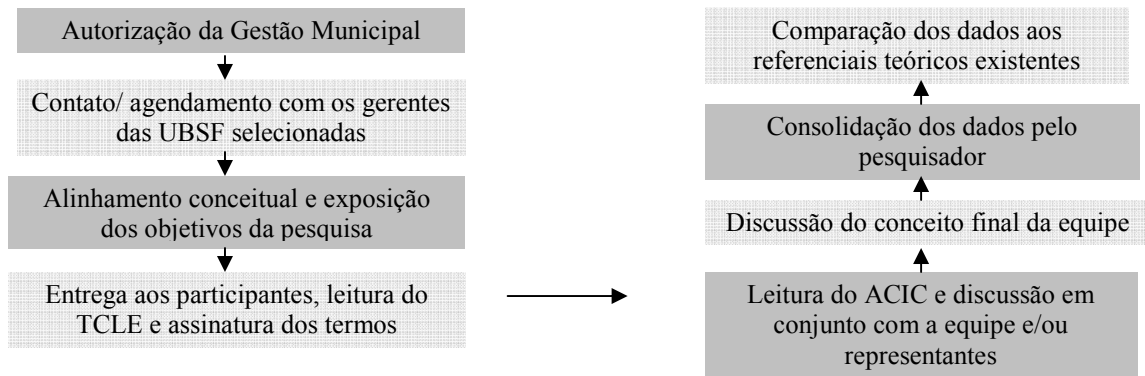


Figura 12 – Fluxo da aplicação do instrumento às equipes de ESF participantes do estudo.

4.5 Organização dos dados

Após a coleta dos dados, o próprio instrumento, bem como os resultados procedentes do instrumento ACIC foram consolidados, tabulados, submetidos à análise descritiva e apresentados por meio de figuras.

4.6 Aspectos Éticos

Para atender às exigências quanto aos aspectos éticos na pesquisa envolvendo seres humanos e aos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, este projeto de pesquisa foi encaminhado para autorização do Secretário Municipal de Saúde (ANEXO C), e, ao Comitê de Ética de Pesquisa da UFMS, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012, sendo posteriormente aprovado (ANEXO D) (BRASIL, 2012b).

Torna-se importante relatar que esta pesquisa não trará riscos à saúde dos participantes. Todos os convidados a participar foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Anexo C), sendo que após assinado as duas vias, uma ficou em posse do participante e outro com o pesquisador responsável. Neste TCLE, encontra-se o telefone e email de contato do pesquisador, para que, caso o

participante desista de sua participação, o mesmo poderia contactar o responsável que não utilizará os dados obtidos.

Os resultados da pesquisa serão apresentados e discutidos junto às equipes de saúde e gestores, com o intuito de fortalecer o processo de trabalho desses profissionais.

Serão apresentados, também, em eventos científicos para a difusão do conhecimento, assim como a elaboração de artigo científico.

Todos os dados coletados ficarão sob guarda e responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos sem que haja possibilidade de acesso aos mesmos por outros sujeitos que não estejam envolvidos diretamente com a pesquisa.

Não haverá nenhuma previsão de ressarcimento, tendo em vista que o contato com o participante será apenas quanto à aplicação de instrumento de pesquisa.

5 RESULTADOS

A pesquisa foi desenvolvida por meio de dois estudos distintos e interdependentes concebidos de forma a atender aos objetivos da dissertação. Esses estudos deram origem a dois artigos.

O primeiro estudo se propõe analisar o instrumento proposto de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas à luz dos referenciais teóricos existentes para a RAS. Experiências internacionais demonstram a viabilidade da utilização deste instrumento em avaliar a capacidade institucional para atenção às condições crônicas, por contemplar os elementos constitutivos das RAS. Este estudo originou o primeiro artigo intitulado “*Assessment of Chronic Illness Care – ACIC: análise do instrumento*”. O mesmo foi submetido à Revista de Saúde Pública para posterior publicação.

O segundo estudo intitulado: “*Assessment of Chronic Illness Care – ACIC: aplicabilidade e resultados*” buscou avaliar a aplicação do instrumento e avaliar a capacidade institucional para atenção às condições crônicas junto aos profissionais de cinco equipes de ESF de Campo Grande, MS. O artigo produzido a partir desse estudo está finalizado e será enviado para publicação na Revista Saúde e Sociedade, após parecer final da banca examinadora.

6 ARTIGOS

6.1 Artigo 1

ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE - ACIC: ANÁLISE DO INSTRUMENTO

ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE - ACIC: ANALYSIS INSTRUMENT

Lista de autores

Karine Cavalcante da Costa ^I
Luiza Helena de Oliveira Cazola ^{II}
Ana Rita Barbieri ^{III}
Edson Mamoru Tamaki ^{IV}

Lista de instituições

^I Secretaria de Estado de Saúde. Campo Grande, MS, Brasil
^{II, III, IV} Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, MS, Brasil

Correspondência e e-mail:

Karine Cavalcante da Costa
Parque dos Poderes, Bloco 7, s/n, Avenida do Poeta, Jardim Veraneio,
Coordenadoria Estadual de Atenção Básica (CEAB), Campo Grande, Mato Grosso do Sul
CEP: 79031-902
E-mail: karine.costa@saude.ms.gov.br

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a adequação das dimensões do instrumento *Assessment of Chronic Illness Care - ACIC* (Avaliação da Capacidade Institucional para Atenção às Condições Crônicas) às diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

MÉTODOS: Elaborou-se um modelo de análise para identificar a presença das relações entre as dimensões que compõem o ACIC com os elementos constitutivos

da RAS, o que permitiu discutir a pertinência do ACIC, à luz do referencial teórico proposto e adotado para organizar os fluxos assistenciais da RAS.

RESULTADOS: Foi possível identificar que todos os elementos constitutivos da RAS estão presentes nas dimensões do instrumento ACIC.

CONCLUSÃO: O instrumento ACIC pode ser uma importante ferramenta voltada para a organização da atenção às condições crônicas, por ser factível quanto a sua aplicação, e permitir conhecer os processos de trabalho em equipe e compreender sua relação com a atenção às condições crônicas. Sua utilização na análise de cada dimensão pode propiciar uma reflexão dos profissionais acerca de seus processos de trabalho e destacar os pontos fortes desenvolvidos pela equipe e os que precisam ser aprimorados.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Doença Crônica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the adequacy of the dimensions of the instrument *Assessment of Chronic Illness Care - ACIC* (Assessment of Institutional Capacity to the Care for Chronic Conditions) to the guidelines of the Health Care Network (HCN).

METHODS: For this purpose, an analytical model was developed to identify the presence of the relations between the dimensions that comprises the ACIC with the constituent elements of the HCN, which allowed discussing the relevance of the ACIC in light of the proposed theoretical framework and adopted to organize the assistance flows.

RESULTS: The results showed that all the constituents of the HCN were related with the dimensions of the instrument.

CONCLUSIONS: It was concluded that ACIC can be a important tool based on the organization of regard to chronic conditions, because it is feasible as to apply, and allow to know the processes of teamwork and understand its relationship with the care for chronic conditions, besides is applicable to different health systems. Its application in the analysis of each dimension can provide a reflection of the

professionals about their work processes and highlight the strengths developed by the team and the ones needed to be improved.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Evaluation of Health Services. Chronic Disease.

INTRODUÇÃO

No contexto mundial as condições crônicas representam as principais causas de morbimortalidade, responsáveis por 58% dos óbitos e este cenário, também se reflete no Brasil, no qual as doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias, são responsáveis por 72% das causas de óbitos.^{1,2}

Há uma preocupação mundial em organizar os serviços para desenvolver ações às condições crônicas, com uso de evidências e protocolos. Visando propor intervenções resolutivas para a reversão deste quadro, na década de 1990, foi criado pelo *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, Estados Unidos, o Modelo de Atenção Crônica que traz elementos para a melhoria do processo de trabalho às condições crônicas. Este, posteriormente foi designado como Modelo de Cuidados Crônicos (MCC).^{a,3,4,5,6}

Para avaliação da implantação deste modelo foi concebido o instrumento *Assessment of Chronic Illness Care - ACIC* (Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas), elaborado a partir de uma ferramenta desenvolvida no Sistema de Saúde Indígena dos Estados Unidos para avaliação da atenção ao diabetes mellitus.⁷

O ACIC é destinado a avaliar a percepção dos profissionais frente à atenção às condições crônicas para identificar áreas pouco desenvolvidas da atenção antes da implementação de ações e projetos de melhoria de qualidade e, também, avaliar o nível e a natureza das melhorias feitas em resposta às intervenções adotadas.^b

O instrumento derivou de intervenções baseadas em evidências, sendo composto pelas seis dimensões do MCC (recursos da comunidade, organização do

^a Department of Health. Supportin people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds: COI/Department of Health, 2005. Disponível em: <http://www.leeds.ac.uk/lpop/Key%20Policy%20Documents/supportingLTCs.pdf>

^b Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, DF: OPAS; 2010

sistema de saúde, apoio para o autocuidado, desenho da linha de cuidado, suporte para decisões clínicas e sistema de informações clínicas) mais uma sétima que avalia a integração entre elas.

Suas respostas são analisadas por meio de uma escala de pontuação de 0 a 11, na qual (0) representa a menor pontuação - um serviço com recursos e estruturas muito limitados e (11) a maior pontuação - um serviço com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. A pontuação que classifica os serviços com o uso do score é resultante de um processo que inicialmente pontua cada dimensão e define uma média, em seguida é realizada a soma da pontuação obtida em cada dimensão e ao final é dividida pelo total das mesmas.

Sua aplicação tem sido de diferentes modos. Alguns trabalhos internacionais mostram a utilização do mesmo na autoavaliação do trabalho em equipe, na determinação do grau de cuidado às condições crônicas, na avaliação da implantação do MCC e na melhoria da formação de profissionais.^{9,10,11,12,13,14,15} Com estas experiências o instrumento americano foi traduzido e adaptado transculturalmente para diversas línguas, inclusive para a língua portuguesa no Brasil.^{16,17,18,19}

No Brasil, o mesmo foi previamente validado e aplicado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em parceria com o Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde, visando à definição de uma linha de base para a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado por Eugênio Vilaça Mendes.²⁰ Após sua primeira aplicação, o instrumento foi reaplicado para comparação com a linha de base.⁸

No país o MACC foi desenvolvido para nortear a assistência nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para as políticas de saúde nacionais, as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços não hierárquicos de saúde vinculados entre si por uma missão única, com fluxos comunicacionais, com ações cooperativas e interdependentes que permitem ofertar uma atenção contínua e integral às populações, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), que ganha relevância neste modelo tornando-se a coordenadora do cuidado.^{21,22,c}

^c Ministério da Saúde. Portaria GM n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/oirtal/arquivos/pdf/portaria4279_docrede.pdf

Além da coordenação do cuidado, autores sugerem atributos da APS, mas há consenso de que o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e o vínculo, são essenciais para a sua caracterização.^{23,20,d}

Neste contexto, torna-se relevante a adoção de instrumentos que possam ser aplicados na avaliação da atenção às condições crônicas na APS dentro da lógica de organização dos serviços em RAS, para apoiar aos gestores e aos profissionais no planejamento e no desenvolvimento de estratégias que ofereçam eficiência ao sistema de saúde em seu conjunto.²⁴ O objetivo deste estudo foi analisar a adequação das dimensões do instrumento ACIC às diretrizes da RAS.

MÉTODOS

Este estudo analisou a relação das dimensões do instrumento ACIC aos elementos constitutivos da RAS, o que permitiu discutir a pertinência do ACIC à luz dos referenciais propostos.

As sete dimensões do instrumento ACIC: organização da atenção à saúde, articulação com a comunidade, autocuidado apoiado, suporte à decisão, desenho do sistema de prestação de serviços, sistema de informação clínica, integração dos componentes do MACC, constituíram-se de quatro ou seis componentes (Figura 1).⁴

Os elementos constitutivos da RAS compostos por: população, modelo de atenção à saúde e a estrutura operacional, se subdividem em: APS, pontos secundários e terciários, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistemas de governança.⁴

Com base nas análises dos componentes do ACIC e dos elementos constitutivos da RAS pôde-se verificar em que medida estes últimos estavam cobertos pelas dimensões do ACIC.²⁰

A partir dessa análise foram identificados os conteúdos em comum do ACIC e da RAS. A existência de relações está indicado na Figura 2, por meio das células preenchidas em cinza.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Protocolo de nº 574.735.

^d Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

Componentes das Dimensões						
1: Organização da Atenção à Saúde	2: Articulação com a comunidade	3: Autocuidado Apoiado	4: Suporte à Decisão	5: Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	6: Sistema de Informação Clínica	7: Integração dos Componentes do MACC
Existência e incorporação do interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas.	Realização de articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários.	Realização de avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado.	Disponibilidade de diretrizes clínicas baseadas em evidência.	Trabalho em equipe que se reúne com atribuições bem definidas.	Disponibilidade de prontuário clínico eletrônico.	Realização de informação as pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas.
Existência e monitoramento das metas organizacionais para a atenção às condições crônicas.	Parcerias com organizações comunitárias existentes, estruturadas e pró-ativas.	Oferecimento pelos educadores em saúde de suporte para o autocuidado apoiado.	Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde.	Liderança das equipes de saúde reconhecida, assumida e garantida pela instituição de saúde.	Disponibilidade de registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco).	Sistema de informação/registo clínico com a inclusão de resultados de avaliação do estado das pessoas usuárias.
Existência e incorporação das estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas.	Existência do Conselho Local de Saúde e acompanhamento do mesmo à atenção às condições crônicas.	Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares como parte integrante da atenção às condições crônicas.	Realização de educação permanente dos profissionais de saúde para atenção às condições crônicas.	Sistema de agendamento organizado.	Disponibilidade de alerta para os profissionais de forma a permitir a identificação de subpopulações por estratificação de risco.	Programas comunitários que fornecem feedback à instituição de saúde sobre as pessoas usuárias.
Utilização da regulação e incentivos para apoiar a atenção às condições crônicas.	Incorporação do agente comunitário de saúde à atenção às condições crônicas.	Disponibilização de intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares.	Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas realizadas por meio de métodos adequados de educação em saúde.	Monitoramento da condição crônica ofertado e organizado pela equipe de saúde e adaptado às necessidades das pessoas usuárias.	<i>Feedbacks</i> fornecidos oportunamente para a equipe de saúde.	Utilização de dados dos sistemas de informação para planejamento de programação local das condições crônicas.
Existência de liderança superior da organização que encoraja a melhoria da atenção às condições crônicas.				Atenção programada para as condições crônicas utilizada para a maioria das pessoas usuárias.	Disponibilização de informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias para ajuda aos profissionais no planejamento do cuidado.	Monitoramento das metas dos planos de cuidado realizado por um profissional designado que utiliza prontuário clínico e alertas.
Existência de benefícios e incentivos (econômicos e morais), quanto ao encorajamento do autocuidado e promoção de atenção às condições crônicas.				Priorização da continuidade do cuidado incluindo coordenação ativa entre a atenção primária e especialistas.	Elaboração de plano de cuidado das pessoas usuárias em conjunto com a equipe e pessoas usuárias.	Diretrizes clínicas para as condições crônicas fornecidas e compartilhadas pela equipe de saúde e pessoas usuárias para desenvolver o autocuidado.

Figura 1 – Componentes das sete dimensões do ACIC.

RESULTADOS

A análise dos resultados do modelo aplicado demonstra que todas as dimensões do instrumento ACIC relacionam-se com os elementos constituintes da RAS.

Dimensões do ACIC	Elementos Constitutivos da RAS						
	População	Modelo de Atenção	Estrutura Operacional				
			APS	Pontos Secundários e Terciários	Sistemas de Apoio	Sistemas Logísticos	Sistemas de Governança
01 – Organização da atenção à Saúde							
02 – Articulação com a comunidade							
03 – Autocuidado apoiado							
04 – Suporte à decisão							
05 – Desenho do sistema de prestação de serviços							
06 – Sistema de Informação Clínica							
07 – Integração dos componentes do MACC							

Figura 2 – Relações entre as dimensões do instrumento ACIC e os elementos constitutivos da RAS.

No que diz respeito à primeira dimensão, organização da atenção à saúde, observa-se relação entre o modelo de atenção, APS e o sistema de governança. Quanto à segunda dimensão, articulação com a comunidade e a terceira, autocuidado, há relação com o modelo de atenção e com a APS (Figura 2).

Já o suporte à decisão e o desenho do sistema de prestação de serviços, quarta e quinta dimensões, apresentam relação entre o modelo de atenção, APS, pontos secundários e terciários e sistemas de apoio (Figura 2).

A sexta dimensão, sistema de informação clínica, está relacionada à população, ao modelo de atenção, APS e aos sistemas logísticos, e a sétima,

integração dos componentes do MACC, também contempla as três anteriores, além do sistema de apoio (Figura 2).

DISCUSSÃO

O elemento constitutivo da RAS, população, dá o sentido de responsabilidade e comunicação, pois a definição de território e população pressupõe a vinculação das pessoas ao serviço, onde o cadastro do paciente facilita a longitudinalidade do cuidado. Tais funções no ACIC são vistas como a capacidade dos profissionais tanto de registrarem a singularidade das pessoas presentes no território, quanto comunicar tais informações no sistema de comunicação integrado.^{23,21,e}

Este elemento mantém relação com o ACIC através das dimensões seis, sistema de informação clínica, e sete, integração dos componentes do MACC, que para desenvolver a programação local das condições crônicas leva em consideração o planejamento do cuidado com base populacional, estratificando riscos, mantendo o cadastro da população adscrita definida sob responsabilidade da equipe de saúde.^{20,4}

O segundo elemento, modelo de atenção, é um pressuposto para os atributos da RAS como um todo, pois leva em consideração o território e população definidos, com ciência sobre suas necessidades, cuidado integral em serviços coordenados, atenção primária multiprofissional e resolutive, sendo a entrada preferencial ao sistema de saúde. Trata-se de investimentos em uma cultura organizacional desejada e que é determinante e guia da gestão.^{20,4}

Modelos de atenção são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando os componentes da rede propondo ações de saúde, baseadas nas situações demográficas e epidemiológicas, nos determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e sociedade, mantendo relação com todas as dimensões do instrumento ACIC.^{20,4}

A APS, o terceiro elemento constitutivo da RAS mantém relação com todas as dimensões do instrumento, uma vez que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, este nível de assistência tem como fundamentos e diretrizes (a) ter

^e Ministério da Saúde. Portaria GM n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/oirtal/arquivos/pdf/portaria4279_docrede.pdf

território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação e desenvolvimento das ações; (b) possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, sendo a porta de entrada preferencial; (c) adscrição de clientela e formação de vínculo, garantindo continuidade das ações e longitudinalidade e (d) coordenação da integralidade em seus vários aspectos, onde o cuidado ao usuário é que vai direcionar a organização da ação. Porém, não há referências no instrumento quanto ao atributo primeiro contato.^{4,f}

Os pontos secundários e terciários que representam os serviços especializados de atenção secundária e terciária, próximos itens da estrutura operacional da RAS, apresentam uma frágil relação com a quarta dimensão, suporte a decisão, e a quinta, desenho do sistema de prestação de serviços. Dos dez componentes contidos nestas duas dimensões, apenas dois se referem ao envolvimento de especialistas com a APS, com o objetivo de operar de forma integrada, ampliando sua capacidade, além de garantir a continuidade do cuidado.²¹

Os sistemas de apoio, que tratam do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, do sistema de assistência farmacêutica, sistemas de informação em saúde e teleassistência, apresentam relação com as dimensões quatro, suporte a decisão, cinco, desenho do sistema operacional, e sete, integração dos componentes da MACC, no sentido de que o envolvimento de especialistas com a APS corrobora com a continuidade do cuidado, por meio de ferramentas como a teleassistência, resultados de exames online, busca de evidências, que ajudam na redução dos custos da atenção.²⁵

Os sistemas logísticos, que contemplam o sistema de acesso regulado, o registro eletrônico em saúde e os sistemas de transporte em saúde, mantêm uma forte relação com a sexta dimensão, sistemas de informação clínica, por contemplar a totalidade da dimensão uma vez que se refere aos registros de informação em saúde. A informação é essencial para a segurança e a qualidade da atenção à saúde e deve ser assegurada para uso dos gestores e profissionais a fim de produzir mudanças significativas no sistema de saúde.²⁶

Há uma ideia geral de que a informação clínica integrada facilita a intercomunicação entre os serviços, dá continuidade ao cuidado e agiliza o

^f Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

referenciamento, pois reduz o uso dos equipamentos e dos serviços, e permite, a qualquer tempo, conhecimento do tratamento e dos resultados.²⁶ Embora com ampla utilização em países desenvolvidos, seu uso ainda é incipiente no Brasil devido a questões éticas sobre o acesso e o sigilo ainda não totalmente resolvidas. Ademais, sua implantação exige uma decisão gestora, pois os custos iniciais são altos.²⁷

Por último, os sistemas de governança que são arranjos organizativos uni ou pluri-institucional que permitem a gestão de todos os componentes, para produzir cooperação entre os atores sociais, a aumentar a interdependência e obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita, mantêm uma forte relação com a primeira dimensão, organização da atenção à saúde, pois contemplam na totalidade as questões desta dimensão, porquanto a governança.^{20,4}

Estudos demonstram a dificuldade que existe em relação ao entendimento desta primeira dimensão que se relaciona com os sistemas de governança, uma vez que, conforme os autores do Instituto *MacColl*, os questionamentos presentes se referem ao apoio, inclusive financeiro, que as organizações de saúde nos EUA devem oferecer para que ocorram mudanças.¹⁹

A governança objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações, definir objetivos e metas a serem alcançados no curto, médio e longo prazo e articular as políticas institucionais para o seu cumprimento e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização.²⁸

Este estudo apresentou evidências de que o ACIC pode se constituir em uma importante ferramenta voltada para a organização da atenção às condições crônicas, no sentido de abordar outros aspectos e não se limitar a medidas tradicionais de resultados ou de produtividade. Sua aplicação é factível e permite conhecer os processos de trabalho em equipe e a compreensão desta em relação à atenção às condições crônicas, além de ser utilizável para diferentes sistemas de saúde. De imediato, durante sua utilização na análise de cada dimensão, favorece a reflexão dos profissionais acerca de seus processos de trabalho e destaca os pontos fortes desenvolvidos pela equipe e evidencia aspectos que precisam de aprimoramento.

REFERÊNCIAS

1. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [Internet]. 2012;21(4):529-32.
DOI:10.5123/S1679-49742012000400001
2. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GAE, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: *The Lancet Saúde no Brasil*. 2011;4:61-74.
3. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1998;1(1):2-4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10345255>
4. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. 1 ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
5. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier. 2007. Disponível em: http://econpapers.repec.org/paper/hhsifswps/2007_5f014.htm
6. Barceló A, Luciani S, Agurto I, Orduñez P, Tasca R, Sued, O. *Melhoria dos cuidados crônicos através das redes de atenção à saúde*. Washington, D.C: OPAS, 2012. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21401&Itemid=
7. Acton K, Bochenski C, Broussard B, Gohdes D, Hossey G, Rith-Najarian S, Stahn R, Stacqualursi F. *Putting integrated care and education to work for American Indians. Alaska Natives*. Manual of the Indian Health Services Diabetes Program. Department of Health and Human Services, Albuquerque, 1995. Disponível em: <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015041238570;view=1up;seq=4>
8. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. *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*. 1 ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
9. Bowen JL, Provost L, Stevens DP, Johnson JK, Woods DM, Sixta CS, Wagner EH. Assessing chronic illness care education (ACIC-E): a tool for tracking education re-design for improving chronic care education. *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25 Suppl 4:593-609. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940447/>
DOI:10.1007/s11606-010-1385-y
10. Leykum LK, Palmer R, Lanham H, Jordan M, Macdaniel RR, Noël PH, Parchman M. Reciprocal learning and chronic care model implementation in primary care:

results from a new scale of learning in primary care. *BMC Health Services Research*. 2011;11:44-50. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-44.pdf>

11. Patel NK, Parchman ML. The chronic care model and exercise discussions during primary care diabetes encounters. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2011;24(1):26-32. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21209341>
DOI:10.3122/jabfm.2011.01.100137

12. Si D, Bailie R, Connors C, Dowden M, Stewart A, Robinson G, Cunningham J, Weeramanthri T. Assessment health centre systems for guiding improvement in diabetes care. *BMC Health Services Research*. 2005;5(56):1-23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1208882/>
DOI:10.1186/1472-6963-5-56

13. Solberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM, Hroschickoski MC, Engebretson KI, O'Connor PJ. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. *Annals of Family Medicine*. 2006;4(4):310-16. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16868234>

14. Stevens DP, Bowen JL, Johnson JK, Woods DM, Provost LP, Holman HR, Sixta CS. A multi-institucional quality improvement initiative to transform education for chronic illness care in resident continuity practices. *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25(4):574-580. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940442/>
DOI:10.1007/s11606-010-1392-z

15. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B, Nobels F, Wens J, Vermieire E, Van Royen P, De Maeseneer J, De Sutter A, Willems S. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". *BMC Health Services Research*. 2009;9(152):1-14. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2757022/>
DOI:10.1186/1472-6963-9-152

16. Cramm JM, Strating MMH, Tsiachristas A, Nieboer AP. Development and validation of a short version of the assesment of chronic illness care (ACIC) in dutch disease management programs. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011;9:49-58. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/9/1/49>
DOI:10.1186/1477-7525-9-49

17. Gomutbutra P, Aramrat A, Sattapansry W, Chutima S, Tooprakai D, Sakarinkul P, Sangkhasilapin Y. The reliability and validity of thai version of assessment of chronic illness care (ACIC). *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2012;95(8):1105-1113. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23061317>

18. Steinhäuser J, Goetz K, Ose D, Glassen K, Natazon I, Campbell S, Szecsenyi J, Miksch A. Applicability of the assesment of chronic illness care (ACIC) instrument in germany resulting in a new questionnaire: questionnaire of chronic illness care in

primary care. *BMC Health Services Research*. 2011;11(164). Disponível em:
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/164>
DOI:10.1186/1472-6963-11-164

9. Pearson ML, Wu S, Schaefer J, Bonomi AE, Shortell SM, Mendel PJ, Marsteller JA, Louis TA, Rosen M, Keeler EB. Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives. *Health Serv Res*. 2005;40(4):978-996. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361183/?report=classic>
DOI:10.1111/j.1475-6773.2005.00397.x

20. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: OPAS; 2011.

21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2297-305.

22. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

23. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2004.

24. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care*. 2009;9(82):1-11. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707589/>

25. Yu GC, Beresford R. Implementation of a chronic illness model for diabetes care in family medicine residency program. *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25(4):615-619. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940436/>
DOI:10.1007/s11606-010-1431-9

26. Goncalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, Oliveira MP, Moreira KS, Leite MTS. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde debate* [online]. 2013; 37(96).

27. Salvador VFM, Almeida Filho FGV. Aspectos éticos e de segurança do prontuário eletrônico do paciente. In: *Jornada do conhecimento e da tecnologia*. UNIVEM, Marília, SP, 2005. Disponível em:
http://galileu.fundanet.br/jornada/artigos/computacao/Valeria_Farinazzo.pdf

28. Sinclair D, Rochon M, Leatt P. Riding the third rail: the story of Ontario's health services restructuring commission, 1996-2000. *The Institute for Research on Public Policy*, Montreal, 2005. Disponível em: <http://irpp.org/research-studies/book-2005-08-15/>

Artigo baseado em dissertação de mestrado de Karine Cavalcante da Costa: apresentada para o Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Pesquisa não recebeu financiamento.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

6.2 Artigo 2

Assessment of Chronic Illness Care - ACIC: aplicabilidade e resultados¹

Assessment of Chronic Illness Care - ACIC: application and results

Karine Cavalcante da Costa

Mestranda em Saúde da Família. Coordenadora Estadual de Atenção Básica. Secretaria de Estado de Saúde. Endereço: Avenida do Poeta, Parque dos Poderes, s/n, Bloco 7, Jardim Veraneio, CEP 79.031-902, Campo Grande, MS, Brasil.

e-mail: karine.costa@saude.ms.gov.br

Luiza Helena de Oliveira Cazola

Doutora em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Endereço: Cidade Universitária, s/n, Bairro Universitário, CEP 79.070-900, Campo Grande, MS, Brasil.

e-mail: luizacazola@gmail.com

Edson Mamoru Tamaki

Doutor em Economia da Saúde. Professor da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Endereço: Cidade Universitária, s/n, Bairro Universitário, CEP 79.070-900, Campo Grande, MS, Brasil.

e-mail: edson.tamaki@ufms.com

Colaboração dos autores

Os autores participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

¹ Artigo baseado na dissertação de Karine Cavalcante da Costa, intitulada *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação do instrumento na Estratégia Saúde da Família sob a orientação da Dra. Luiza Helena de Oliveira Cazola do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.*

Resumo

O estudo buscou avaliar a aplicação do *Assessment of Chronic Illness Care - ACIC* (Avaliação da Capacidade Institucional para Atenção às Condições Crônicas) e de seus resultados junto aos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Para tanto, foi realizada pesquisa descritiva com abordagem quantitativa na qual analisou-se a aplicação do instrumento ACIC junto à 30 profissionais de cinco equipes da ESF urbanas existentes nos quatro distritos sanitários na capital do Mato Grosso do Sul, equipes estas escolhidas por meio de sorteio de amostragem probabilística por conglomerados. Os resultados encontrados quanto à avaliação da capacidade institucional da atenção às condições crônicas foram comparados ao escore predefinido pelo instrumento e aos referenciais teóricos existentes. Estes resultados demonstraram que a média das cinco equipes de ESF avaliadas consideraram a capacidade para atenção às condições crônicas como razoável (6,84), conforme escore de resultados do instrumento, sendo o sistema de informação clínica a principal fragilidade (4,07) e o desenho do sistema de prestação de serviços de saúde, dimensão a qual atribuiu-se a maior nota (8,57). Quanto à aplicação do instrumento, constatou-se a dificuldade em relação à compreensão de alguns conceitos importantes para a atenção às condições crônicas e a necessidade de se convidar o máximo de profissionais para a discussão do conteúdo do instrumento. Com os resultados obtidos verificou-se uma necessidade de investimento em sistema de informação adequado, que atenda as necessidades do processo de trabalho das condições crônicas, bem como, de se prosseguir com a pesquisa avaliando a percepção dos usuários quanto à qualidade do cuidado prestado pelos profissionais da equipe para se ter uma avaliação mais completa e, conseqüentemente, uma atenção mais efetiva às condições crônicas. O instrumento é viável para avaliação da capacidade institucional à atenção às condições crônicas, porém, recomenda-se a realização de pré-teste para possíveis adequações.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Doenças Crônicas. Estratégia Saúde da Família.

Abstract

The study sought to evaluate the application of Assessment of Chronic Illness Care - ACIC (Institutional Capacity Assessment for Attention to Chronic Conditions) and their results along with the professionals of the teams of the Family Health Strategy (FHS) of Campo Grande, MS. Therefore, a descriptive research was performed with a quantitative approach in which the application of ACIC instrument was analyzed along with 30 professionals of five existing urban ESF teams in the four health districts in the capital of Mato Grosso do Sul, these teams were chosen by random selection and probability sampling. The findings about the assessment of the institutional capacity of care for chronic conditions were compared to the preset score by the instrument and to the existing theoretical frameworks. These results demonstrated that the five ESF teams evaluated considered the ability to the care for chronic conditions such as reasonable (6.84) according to the score of the instrument results and the clinical information system as the main weakness (4,07) and the drawing of health services as a fortress system (8.57). As the application of the instrument, we can notice the weakness related to the understanding of some important concepts to the care for chronic conditions and the need to invite the maximum number of professionals for the discussion of the instrument content. With the output results there was the need to invest in appropriate information system that meets the needs of the working process of chronic conditions, as well as, to continue the research evaluating the users' perception about the quality of care provided by the team professionals to have a more complete assessment and, consequently, more effective care for chronic conditions. The instrument is feasible to the institutional capacity assessment to the care for chronic conditions, however, it is recommended to carry out the pre-test for possible adjustments.

Keywords: Primary Health Care, Health Services Evaluation, Chronic Diseases, Family Health Strategy.

Introdução:

As condições crônicas são consideradas as principais causas de morbimortalidade no mundo, sendo responsáveis por 58% das causas de óbito,

devido ao envelhecimento da população e as mudanças nos hábitos de vida: sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, e as estratégias mercadológicas (Alwan e col, 2010).

No Brasil, esta situação não difere do panorama mundial, no qual se observa que as doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias, representam 72% das causas de óbitos. O país passa por um envelhecimento da população e crescimento do número de pessoas em sobrepeso e obesidade (Duarte e Barreto, 2012; Schmidt e col, 2011; Goulart, 2011).

Estas condições exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas desde o sistema de atenção à saúde e dos profissionais e até as pessoas usuárias, para a estabilização das condições de saúde por meio de um controle efetivo, eficiente e com qualidade (Mendes, 2012; Macinko e col, 2011).

O Sistema de Saúde no Brasil, para atender a estas transformações, vive em um descompasso entre o aumento das condições crônicas, e o processo de trabalho e da gestão, que ainda privilegiam as condições agudas ou a agudização das condições crônicas (Brasil, 2011).

Também, se observa que os sistemas de saúde além de ter um papel essencial na prevenção das condições crônicas, bem como nas estratégias de controle, devem se articular com outros setores e atores. Portanto, o modelo de atenção a ser adotado é determinante para o sucesso da melhoria das condições de vida de um indivíduo ou comunidade, em especial, o modelo de atenção às condições crônicas (Macinko e col, 2011; Moysés e col, 2012).

A estratégia existente no Brasil para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços efetivos e eficientes dos quais necessitam, é a 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 funcionamento desses sistemas. Portanto, o sucesso da RAS depende da efetividade da APS por meio dos seus atributos: resolutividade, responsabilização e coordenação (Brasil, 2010).

Para organizar os pontos de atenção às condições crônicas no Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 483/2014 que estabelece a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com os seus componentes, diretrizes e objetivos (Brasil, 2014).

Com objetivo de estabelecer intervenções resolutivas para a mudança do perfil epidemiológico o *MacColl Institute for Health Innovation*, EUA, criou o Modelo de Atenção Crônica, mais conhecido como Modelo de Condições Crônicas (MCC) que traz importantes conceitos para a melhoria do processo de trabalho a estas condições crônicas. Mendes fez adaptação deste modelo, unindo-o ao Modelo da Pirâmide de Risco e ao Modelo da Kaiser Permanente, criando o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (Wagner, 1998; Dahlgren e Whitehead, 2007; Mendes, 2012).

Para avaliação da implantação do MCC foi construído o instrumento *Assessment of Chronic Illness Care - ACIC* (Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas), que tem a finalidade de avaliar a atenção às condições crônicas por meio da percepção dos profissionais, e deve ser utilizado pelas equipes de saúde para identificar áreas com maior fragilidade a fim de qualificar a atenção em doenças crônicas antes da programação de ações para a qualificação e avaliar o nível das intervenções adotadas (Bonomi e col, 2002).

Esse instrumento foi traduzido e adaptado transculturalmente para diversas línguas (Bowen e col, 2010; Cramm e col, 2011; Comutbutra e col, 2012), inclusive para o português do Brasil. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, em parceria com o Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), utilizou o ACIC para a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). O instrumento foi validado e aplicado em dois momentos, no primeiro para definição de uma linha de base, para posterior implantação do MACC, e no segundo, a sua reaplicação para comparação com a linha de base (Moysés e col, 2012).

Com este estudo, pretende-se avaliar a primeira aplicação do instrumento ACIC aos profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, para estabelecimento da linha de base antecedendo a implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, bem como os resultados obtidos, que demonstrarão a capacidade institucional para atenção às condições crônicas destas equipes.

Metodologia

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa baseada em dados primários, obtidos por meio da aplicação do ACIC aos profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) urbanas, de Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul.

Foram considerados como critérios para inclusão a existência de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) compostas pelas equipes mínimas, conforme Brasil (2012), (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, cirurgião dentista e auxiliar e/ou técnico de saúde bucal); terem sido implantadas até dezembro de 2012, por ser necessário um tempo mínimo de conhecimento da população adscrita e, a presença de no mínimo três profissionais, sendo obrigatória a participação do (a) enfermeiro (a) e médico (a).

Para avaliação da aplicação foram usados como critérios às seguintes categorias: tempo de aplicação, número de participantes e métodos de aplicação, conceitos baseados na literatura (Moysés e col, 2012).

Como critérios de exclusão, equipes cujos profissionais não aceitassem participar da pesquisa, equipes incompletas e aquelas nas quais os profissionais médicos e enfermeiros estivessem afastados por qualquer motivo (férias e licença).

Conforme dados da Secretaria de Saúde Pública de Campo Grande, o município apresentava um quantitativo de 84 equipes implantadas (COSTA, 2013).

Para a escolha das equipes, foi utilizada a amostragem probabilística por conglomerados (Andrade, 2013) e procedeu-se o sorteio de uma UBSF em cada um dos quatro distritos sanitários existentes em Campo Grande (Campo Grande, 2012).

O ACIC é composto por seis dimensões associadas à efetivação do MACC, e uma sétima que avalia a integração das dimensões. As percepções obtidas são analisadas por meio de uma escala de pontuação de 0 a 11, em que (0) representa a menor pontuação, ou seja, um local com recursos e estruturas muito limitados e (11) a maior pontuação, um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. Para cada dimensão é obtida uma pontuação média e ao final é feita sua soma e dividida pelo número de dimensões (Moysés e col, 2012).

As sete dimensões do instrumento ACIC são: organização da atenção à saúde, articulação com a comunidade, autocuidado apoiado, suporte à decisão, desenho do sistema de prestação de serviços, sistema de informação clínica,

integração dos componentes do MACC, e, cada uma, constitui-se de quatro ou seis componentes (Figura 1).

Componentes das Dimensões						
1: Organização da Atenção à Saúde	2: Articulação com a comunidade	3: Autocuidado Apoiado	4: Suporte à Decisão	5: Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	6: Sistema de Informação Clínica	7: Integração dos Componentes do MACC
Existência e incorporação do interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas.	Realização de articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários.	Realização de avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado.	Disponibilidade de diretrizes clínicas baseadas em evidência.	Trabalho em equipe que se reúne com atribuições bem definidas.	Disponibilidade de prontuário clínico eletrônico.	Realização de informação as pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas.
Existência e monitoramento das metas organizacionais para a atenção às condições crônicas.	Parcerias com organizações comunitárias existentes, estruturadas e pró-ativas.	Oferecimento pelos educadores em saúde de suporte para o autocuidado apoiado.	Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde.	Liderança das equipes de saúde reconhecida, assumida e garantida pela instituição de saúde.	Disponibilidade de registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco).	Sistema de informação/registo clínico com a inclusão de resultados de avaliação do estado das pessoas usuárias.
Existência e incorporação das estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas.	Existência do Conselho Local de Saúde e acompanhamento do mesmo à atenção às condições crônicas.	Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares como parte integrante da atenção às condições crônicas.	Realização de educação permanente dos profissionais de saúde para atenção às condições crônicas.	Sistema de agendamento organizado.	Disponibilidade de alerta para os profissionais de forma a permitir a identificação de subpopulações por estratificação de risco.	Programas comunitários que fornecem feedback à instituição de saúde sobre as pessoas usuárias.
Utilização da regulação e incentivos para apoiar a atenção às condições crônicas.	Incorporação do agente comunitário de saúde à atenção às condições crônicas.	Disponibilização de intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares.	Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas realizadas por meio de métodos adequados de educação em saúde.	Monitoramento da condição crônica ofertado e organizado pela equipe de saúde e adaptado às necessidades das pessoas usuárias.	<i>Feedbacks</i> fornecidos oportunamente para a equipe de saúde.	Utilização de dados dos sistemas de informação para planejamento de programação local das condições crônicas.
Existência de liderança superior da organização que encoraja a melhoria da atenção às condições crônicas.				Atenção programada para as condições crônicas utilizada para a maioria das pessoas usuárias.	Disponibilização de informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias para ajuda aos profissionais no planejamento do cuidado.	Monitoramento das metas dos planos de cuidado realizado por um profissional designado que utiliza prontuário clínico e alertas.
Existência de benefícios e incentivos (econômicos e morais), quanto ao encorajamento do autocuidado e promoção de atenção às condições crônicas.				Priorização da continuidade do cuidado incluindo coordenação ativa entre a atenção primária e especialistas.	Elaboração de plano de cuidado das pessoas usuárias em conjunto com a equipe e pessoas usuárias.	Diretrizes clínicas para as condições crônicas fornecidas e compartilhadas pela equipe de saúde e pessoas usuárias para desenvolver o autocuidado.

Figura 1 – Componentes das sete dimensões do ACIC.

Sua aplicação ocorreu nos meses de maio e junho de 2014, durante a reunião da equipe, que contou com a presença da pesquisadora e esse momento foi agendado previamente com o gerente da unidade de saúde, para que não houvesse comprometimento no processo de trabalho. Participaram 30 profissionais de distintas categorias, lotadas em cinco equipes de ESF (Figura 2).

Equipe	Total de profissionais	Profissionais participantes
01	9	01 médico 01 enfermeiro 01 dentista 01 aux. de enfermagem 01 ASB 04 ACS
02	11	01 médico 01 enfermeiro 01 dentista 01 aux. de enfermagem 01 ASB 06 ACS
03	04	01 médico 01 enfermeiro 01 aux. de enfermagem 01 ACS
04	03	01 médico 01 enfermeiro 01 ASB
05	03	01 médico 01 enfermeiro 01 aux. de enfermagem
Total	30	05 médicos 05 enfermeiros 02 dentistas 04 aux. de enfermagem 03 ASB 11 ACS

Figura 2 – Quantitativo de profissionais participantes da aplicação do instrumento ACIC junto às equipes selecionadas da ESF de Campo Grande, MS.

Antecedendo a aplicação do instrumento, a pesquisadora apresentou o alinhamento conceitual em relação aos conceitos de doença e condição crônica, o impacto destas no perfil de morbimortalidade e a importância da APS na modificação deste perfil; também foram apresentados a relevância e objetivos da pesquisa, além de instruções em relação ao ACIC.

Após o aceite pelos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se a aplicação coletiva do instrumento ACIC. Para isso foi necessário que a equipe pudesse estar em local reservado a fim de discutir os questionamentos, bem como registrar os apontamentos. A pesquisadora distribuiu

cópia do instrumento a cada participante para que acompanhassem a leitura de cada componente, de maneira a facilitar a discussão. Desta forma, as notas seriam dadas por consenso, prática recomendada por outros estudos (Bonomi, 2002).

Após a discussão do instrumento foram realizados cálculos para obtenção da média final de todas as equipes, ou seja, a avaliação da capacidade institucional para atenção às condições crônicas, assim como a média final por equipe e por dimensões (Figura 3).

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 (instituição/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 da 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 equipe 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	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).
Interpretação dos resultados Pontuações entre "0" e "2" = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas; Pontuações entre "3" e "5" = capacidade básica para a atenção às condições crônicas; Pontuações entre "6" e "8" = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas; Pontuações entre "9" e "11" = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas.	

Figura 3: Dimensões e conceitos do ACIC

Fonte: MOYSÉS e col, 2012

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Protocolo de nº 574.735.

Resultados e discussão

Os resultados demonstraram que, ao se considerar a média final por equipe, variações foram encontradas, apresentando a equipe 04 a menor média (3,15), interpretada como capacidade básica para atenção às condições crônicas, diferindo das demais que apresentaram razoável capacidade (Figura 4).

Equipes	Dimensões							Média Final por equipe	Interpretação
	1. Organização da Atenção à Saúde	2. Articulação com a Comunidade	3. Autocuidado do Apoiado	4. Suporte a Decisão	5. Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	6. Sistema de Informação Clínica	7. Integração dos Componentes do MACC		
Equipe 01	8,83	9	7,5	9,25	9,83	5,00	6,0	7,92	Razoável capacidade para atenção às condições crônicas
Equipe 02	9,33	10,25	10	8,75	10,17	4,17	10,17	8,98	Razoável capacidade para atenção às condições crônicas
Equipe 03	9,83	8	9,75	7,25	9,33	4,00	8,67	8,12	Razoável capacidade para atenção às condições crônicas
Equipe 04	3,50	2,5	2,75	3,5	5,67	1,83	2,33	3,15	Capacidade básica para atenção às condições crônicas
Equipe 05	7,83	7	8,25	5,67	7,83	5,33	0,67	6,02	Razoável capacidade para atenção às condições crônicas
Média Final das dimensões	7,87	7,35	7,65	6,80	8,57	4,07	5,57	6,84	Razoável capacidade para atenção às condições crônicas

Figura 4 – Resultados da aplicação do ACIC, médias por equipe, por dimensão e interpretação, em Campo Grande, MS.

Em relação à primeira equipe, observou-se durante a aplicação do instrumento, uma participação ativa dos seus membros, promovida principalmente pela enfermeira, que possibilitou a integração do grupo (Figura 2).

A maior nota foi relacionada à quinta dimensão, desenho do sistema de prestação de serviços (Figura 4), pois os componentes: trabalho em equipe, liderança das equipes de saúde e atenção programada para as condições crônicas obtiveram a totalidade dos pontos (Figura 1). O comportamento ativo desta equipe pode ter proporcionado um bom resultado nesta dimensão, pois as ações referentes à mesma estão no âmbito de atuação da equipe.

Esta dimensão traz a necessidade de que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolva mudanças na organização do sistema no sentido de realinhar a oferta do cuidado; que haja intervenções no trabalho em equipe, na liderança das mesmas, no sistema de agendamento, no monitoramento, na atenção programada e na continuidade do cuidado (Moysés e col, 2012). Melhorias realizadas nestes aspectos tem sido associadas a redução dos fatores de risco para doença cardiovascular e diabetes (Parchman e Kaissi, 2009).

A segunda equipe, apesar de todos os profissionais estarem presentes durante a aplicação do instrumento, demonstraram-se pouco participativos, sob a influência de uma liderança na qual se fazia prevalecer as notas atribuídas aos componentes dos instrumento ACIC (Figura 2).

O estilo de liderança, apresentado nesta equipe é conhecido como autoritária, na qual o líder posiciona-se no topo, numa conduta onde há ausência de incertezas, sendo sua posição considerada como única verdade. Esse comportamento pode ter contribuído para que o resultado desta equipe tenha sido a maior média dentre as demais (Figura 2) (Lanzoni e Meirelles, 2011).

Esta equipe considerou como maior nota, a segunda dimensão, articulação com a comunidade, por ponderar como melhores componentes a articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários, as parcerias com as organizações comunitárias e o trabalho articulado do agente comunitário de saúde (Figura 1).

Apesar das equipes avaliadas referirem alguma articulação com a comunidade (Figura 4), os vínculos comunitários são práticas raras, o que justifica alguns estudos não incluírem informações detalhadas sobre esta dimensão em suas pesquisas ao utilizarem o ACIC (Strickland e col, 2010). Demandas dos cuidados agudos muitas vezes impediram o desenvolvimento de relações comunitárias, contudo, estes vínculos foram especificamente relacionados a um melhor

desempenho no processo de atendimento e, conseqüentemente, a melhores resultados (Si e col, 2005; Parchman e Kaissi, 2009).

Quanto à terceira equipe, o instrumento foi aplicado para quatro membros, que se apresentaram participativos, demonstrando respeito com as opiniões individuais e conhecimento em relação às condições crônicas (Figura 2).

Tanto o gerente da UBSF, como a liderança do enfermeiro da equipe apresentaram-se atuantes, razão esta, que pode ter influenciado a equipe a atribuir a primeira dimensão, organização da atenção à saúde, a maior nota (Figura 4).

Estudos demonstram que a melhoria dos resultados na pontuação ACIC para a primeira dimensão exige uma grande mudança na organização dos cuidados de saúde, o que depende da gestão da equipe, porém são necessárias mais pesquisas que expliquem a associação entre a avaliação ACIC e a mudança organizacional (Sunaert e col, 2009).

A quarta equipe diferenciou-se das demais, tanto em relação ao tempo de aplicação do instrumento (20 minutos), bem como a insatisfação desta à liderança da UBSF.

No que diz respeito ao tempo empregado para aplicação do instrumento, constatou-se que o tempo médio de resposta foi de aproximadamente 1 hora e 30 minutos, com exceção da equipe 04. Pesquisas apontam um resultado que varia de 15 a 30 minutos podendo chegar a 2 horas (Bonomi e col, 2002; Moysés e col, 2012; Si e col, 2005; Sunaert, 2009).

Nesta equipe, o instrumento foi aplicado junto aos três profissionais mínimos exigidos nos critérios de inclusão da pesquisa, que se apresentaram com uma postura negativa e desinteressada. A insatisfação dos profissionais pode estar associada a pouca experiência da gestão, refletidas e percebidas durante a aplicação do instrumento.

Todos estes fatores podem ter contribuído para o baixo nível de pontuação desta equipe em relação às demais, resultando uma capacidade básica para atenção às condições crônicas.

No que se refere à aplicabilidade do instrumento, estudos demonstram que o número ideal de participantes deve ser no mínimo três (Bonomi, 2002), observou-se neste estudo que, as equipes que participaram com maior número de profissionais, equipes 1, 2 e 3, as notas tenderam a serem maiores (Figuras 2 e 4). Porém, estudos apontam que, após a aplicação ter sido feita individualmente com três

participantes, optou-se num segundo momento, envolver um maior número de profissionais e ser por consenso (Moysés e col, 2012; Sunaert e col, 2009).

Para esta equipe, a quinta dimensão, desenho do sistema de prestação de serviços, apresentou a maior nota, sendo a liderança da equipe, o monitoramento e a atenção programada à condição crônica os componentes melhores pontuados (Figura 4).

A quinta equipe, também participou com apenas os três profissionais exigidos (Figura 2), sendo que a liderança apresentou-se atuante, comportamento semelhante à equipe 1 e 3. Em se tratando de liderança, constatou-se nas equipes 1, 3 e 5, uma liderança conhecida como autêntica, na qual mantém todos os membros unidos, oportuniza uma visão compartilhada dos objetivos e envolve os profissionais nas decisões da equipe (Lanzoni e Meirelles, 2011).

Esta equipe pontuou a terceira dimensão, autocuidado, como a melhor nota (Figura 4). Esta dimensão trata da forma como a equipe pode desenvolver a capacidade das pessoas e familiares em lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da doença.⁷ Pacientes que desenvolvem o comportamento para o autocuidado tem fatores de risco melhor controlados (Parchman e Kaissi, 2009).

O autocuidado apoiado também foi referenciado com boas notas pelas equipes 2, 3 e 5 (Figura 4), as quais demonstraram maior conhecimento em relação às condições crônicas, no que se refere ao acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares e as intervenções efetivas que levam a mudanças de comportamento dos usuários e de suporte de pares (Figura 1) (Mendes, 2012; Moysés e col, 2012).

No entanto, para a quinta equipe, destaca-se a baixa nota que apresentou para a sétima dimensão, integração dos componentes do MACC, diferenciando-se das demais (Figura 4). Esta dimensão traz aspectos que devem combinar com todos os elementos do modelo, como por exemplo, associar as metas de autocuidado com os registros no sistema de informação, ou associar as políticas locais com as atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para o desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.) (Moysés e col, 2012).

Esta baixa pontuação pode estar relacionada à reduzida compreensão em relação aos conceitos de diretrizes clínicas, plano de cuidado e a associação entre os elementos do modelo de atenção.

A experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba demonstrou que, durante a aplicação do instrumento, alguns profissionais também manifestaram dificuldade em relação a alguns conceitos chave para o desenvolvimento de atenção às condições crônicas, como por exemplo: diretrizes clínicas, autocuidado, plano de cuidado (Moysés e col, 2012).

Esta mesma situação foi observada durante a aplicação do instrumento nesta pesquisa. O ACIC tem o potencial de ser afetado pelo papel de uma pessoa, do trabalho, do local e da compreensão dos elementos do MCC (Solberg e col, 2006). Itens como a organização do sistema de saúde, o autocuidado e desenho de prestação de serviço foram os mais difíceis de entendimento (Steinhaeuser e col, 2011).

Por esta razão, recomenda-se que antecedendo sua aplicação seja realizado um pré-teste junto aos profissionais locais, para se verificar a necessidade de revisão e adaptação na escrita dos seus componentes, de modo a facilitar a compreensão e discussão do mesmo.

Com relação às dimensões, o sistema de informação clínica, sexta dimensão, apresentou notas baixas para todas as equipes (Figura 4). Esta dimensão demonstra que uma informação útil e individualizada por pessoa e populações usuárias com condições crônicas é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais (Moysés e col, 2012).

O sistema de informação disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, HYGIA, integra todos os pontos de atenção da rede municipal de saúde, no entanto, não contempla os elementos necessários para a gestão do cuidado das condições crônicas: não é integrado a cogestão do paciente em termos de documentar as metas e atividades e há pouca articulação entre a informação e serviços comunitários e clínicos. Outros estudos demonstram a mesma situação (Parchman e Kaissi, 2009; Si e col, 2005; Steurer-Stey e col, 2012).

A utilização de sistemas de informação que incluam o uso de lembretes, alertas, relatórios, *feedback* ao desempenho clínico, possibilita um atendimento clínico estruturado e melhoria da qualidade dos cuidados, pois o sistema de informação tem três funções importantes: (1) registro de uma população alvo, (2) fornecer lembretes para as equipes de APS para cumprir as diretrizes do cuidado e (3) estabelecer informações relevantes para a qualidade do atendimento, este o

menos desenvolvido (Strickland e col, 2010; Si e col, 2005; Steurer-Stey e col, 2012). O aumento na pontuação do ACIC nesta dimensão foi associado a uma considerável melhoria na prestação de serviços (Parchman e Kaissi, 2009).

O total de todas as dimensões demonstra uma razoável capacidade para atenção às condições crônicas para as equipes avaliadas neste estudo (Figura 4). Conforme a orientação do próprio instrumento é comum que algumas equipes dêem início a um processo de mudança com média menor que “5” em algumas ou em todas as dimensões do instrumento. Também, é comum as equipes acreditarem que proporcionam uma atenção às condições crônicas melhor do que realmente acontece (Moysés e col, 2012).

Estudos demonstram que o mesmo ocorre com a reaplicação do instrumento, depois de transcorrido determinado período para comparação com a linha de base, algumas variáveis podem apresentar discreto aumento, bem como o contrário, ao a equipe reavaliar sua capacidade institucional pode atribuir uma redução no desempenho por demonstrar postura autocrítica (Schwab e col, 2014).

Há dificuldades em curto prazo de melhorias em todas as dimensões do MCC, porém, para alinhar e conseguir as mudanças necessárias é preciso colaboração e incentivo de todos os atores (Steurer-Stey, 2012).

Ao associar os indicadores de mortalidade de Campo Grande, no ano de 2012, que apontam as condições crônicas como principais causas de mortalidade (doenças cardiovasculares, pulmonares e diabetes, neoplasias) ao resultado da aplicação do ACIC, pode haver relação, pois há necessidade de qualificação do processo de trabalho das equipes da ESF no manejo às condições crônicas (Brasil, 2014).

É importante ressaltar que esta pesquisa concentrou-se em avaliar a capacidade institucional para a atenção às condições crônicas por meio da percepção dos profissionais das equipes de ESF, no entanto, seria recomendável avaliar a percepção dos usuários por meio de outro instrumento PACIC (Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas) para fazer qualquer tipo de associação entre o panorama existente de indicadores de Campo Grande com os resultados apresentados nesta pesquisa.

Portanto, avaliar a qualidade do cuidado sob o ponto de vista do usuário com condição crônica poderá proporcionar uma avaliação mais completa, tendo em vista que o cuidado continuado, quando avaliado pelo próprio indivíduo, proporciona um

cuidado mais efetivo, por este ser corresponsável pela sua própria saúde (Glasgow e col, 2005; Peters-Klimm e col, 2007; Schmitt diel e col, 2007).

Referências

ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*, London, v. 376, n. 9755, p. 1861 - 1868, 2010. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21074258>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

ANDRADE, S. M. O. de. *A pesquisa científica: concepção e execução*. 6. ed. Campo Grande, MS: UNIDERP; 2013.

BONOMI, A. E. et al. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Services Research*, Chicago, v. 37, n. 3, p. 791- 820, 2002. Disponível em: <

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434662/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BOWEN, J. L. et al. Assessing chronic illness care education (ACIC-E): a tool for tracking education re-design for improving chronic care education. *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 25, p. S593-S609, supl. 4, 2010. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940447/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planificação da atenção primária à saúde nos estados*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS)*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docrede.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 483 de 1º de abril de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, 02 abr. 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal*: 2014. Disponível em: <

http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 08 set. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *TABNET. Informações de saúde: estatísticas vitais*, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10ms.def>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

CAMPO GRANDE, (Município). *Plano municipal de saúde 2012-2013*. Campo Grande, 2012. Disponível em:<http://capital.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_can=3499>. Acesso em: 29 set. 2013.

COSTA, K. *Área de Agentes* – informações sobre o número de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde por distrito sanitário de Campo Grande [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <siab@sesau.capital.ms.gov.br> em 11 jul. 2013.

CRAMM, J. M. et al. Development and validation of a short version of the assesment of chronic illness care (ACIC) in dutch disease management programs. *Health and Quality of Life Outcomes*. London, v. 9, p. 49 - 58, 2011. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/9/1/49>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M.; *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier, Stockolm, 2007. Disponível em: <http://econpapers.repec.org/paper/hhsifswps/2007_5f014.htm>. Acesso em: 10 ago. 2014.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2014.

GLASGOW, R. E. et al. Use of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) with diabetic patients. *Diabetes care*, Alexandria, v. 28, n. 11, p. 2655 - 2661, 2005. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/28/11/2655.long>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

GOMUTBUTRA, P. et al. The reliability and validity of thai version of assesment of chronic illness care (ACIC). *Journal of the Medical Association of Thailand*, Bangkok, v. 95, n. 8, p.1105 - 1113, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23061317>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

GOULART, F. A. de A. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

LANZONI, G. M. de M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300026&script=sci_arttext&tIng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300026>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MACINKO, J. et al. *Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde: diagnósticos, instrumentos e intervenções*. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), nov. 2011.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. 1 ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOYSÉS, S. T. et al. *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*. 1 ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

PARCHMAN, M.; KAISSI, A. A. Are elements of the chronic care model associated with cardiovascular risk factor control in type 2 diabetes? *Jt Comm J Qual Patient Saf*, Oak Brook, v. 35, n. 3, p. 133 - 138, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19326804>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

PETERS-KLIMM, F.; MÜLLER-TASCHT, T.; SCHELLBERG, D.; GENSICHEN, J.; MUTH, C.; HERZOG, W.; SZECSENYI, J. Rationale, design and conduct of a randomised controlled Trial evaluating a primary care-based complex intervention to improve the quality of life of heart failure patients: HICMAN (Heidelberg Integrated Case Management). *BMC Cardiovascular Disorders*. 2007; 23(7):1-8. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1995216/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: *The Lancet Saúde no Brasil*. cap. 4, p. 61-74, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>> Acesso em: 29 jul. 2013.

SCHMITTDIEL, J. et al. Patients assessment of chronic illness care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *Journal of General Internal Medicine*, New Orleans, LA, v. 23, n. 1, p. 7 - 80, 2007 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2173922/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SI, D. et al. Assessment health centre systems for guiding improvement in diabetes care. *BMC Health Services Research*, London, v. 5, n. 56, p.1 - 23, 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1208882/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SOLBERG, L. I. et al. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. *Annals of Family Medicine*, Leawood, v. 4, n. 4, p. 310 - 16, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16868234>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

STEINHAEUSER, J. et al. Applicability of the assessment of chronic illness care (ACIC) instrument in germany resulting in a new questionnaire: questionnaire of chronic illness care in primary care. *BMC Health Services Research*, v.11, n. 164, 2011. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/164>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

STEURER-STEY, C. et al. The german version of the assessment of chronic illness care: instrument translation and cultural adaptation. *Eval Clin Pract*, UK, v. 18, n. 1, p. 1 - 4, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20698920>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

STRICKLAND, P. A. O. et al. Features of the Chronic Care Model associated with behavioral counseling and diabetes care in community primary care. *J Am Board Fam Med*, Cuba, v. 23, n. 3, p. 295 – 305, 2010 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924566/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SCHAWB, G. L. et al. Percepção de inovações na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 307 – 318, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0307.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SUNAERT, P. et al. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: “the Belgian experience”. *BMC Health Services Research*, London, v. 9, n. 152, p. 1 - 14, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2757022/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, Philadelphia, v.1, n.1, p.2 - 4, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10345255>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um panorama no qual as condições crônicas refletem grande desafio para o sistema de saúde mundial, ter instrumentos que avaliem a atenção às condições crônicas, torna-se oportuno para ofertar uma assistência de qualidade efetiva, eficaz e eficiente.

No contexto nacional, em que a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas encontra-se em fase de construção para o desenho das linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade, da doença renal crônica e do câncer, o MACC representa a alternativa para nortear sua implantação, pois contempla as potencialidades do serviço, dos profissionais e dos usuários ativos e informados.

O ACIC representa uma importante ferramenta para avaliar a percepção dos profissionais quanto à capacidade institucional para atenção às condições crônicas nos moldes do MACC. Ao analisar este instrumento à luz dos referenciais teóricos das RAS, constata-se que o mesmo contempla os conceitos discutidos no sistema de saúde brasileiro quanto à organização dos serviços de saúde, possibilitando a sua aplicação na APS, porém necessitando realizar adequação do mesmo ao nível de conhecimento dos profissionais, bem como a organização dos serviços locais de saúde ao qual o instrumento será aplicado.

No que se refere à aplicação do instrumento, mesmo este estudo ter obedecido a mesma metodologia de aplicação de estudos anteriores que sugerem a participação de no mínimo três participantes, verificou-se a necessidade de ser realizado com todos os profissionais da equipe. Portanto, faz-se necessário recomendar que a aplicação seja feita em primeiro momento individualmente e após fomentar a discussão em equipe para posterior consenso a fim de garantir que a percepção de todos os participantes possam ser discutidas.

Ao aplicá-lo junto aos profissionais das equipes de ESF de Campo Grande, MS pesquisadas, observou-se uma capacidade razoável de atenção às condições crônicas a partir do instrumento de avaliação dentre os critérios de interpretação, resultado que se deve, principalmente, ao Sistema de Informação Clínica que apesar de ser articulado entre os pontos de atenção, não atendem às necessidades do processo de trabalho da atenção às condições crônicas, mais especificamente na estratificação de riscos e vulnerabilidades.

Faz-se necessário estimular a utilização do ACIC em todas as equipes de APS para o planejamento de projetos e ações que propiciem a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas e, também, se sugere que sejam realizados estudos que analisem a percepção dos usuários da atenção recebida às mesmas condições, pois poderá proporcionar uma avaliação mais completa, uma vez que a responsabilização do usuário influencia a atenção ofertada principalmente no tocante ao autocuidado, um dos componentes do MACC.

REFERÊNCIAS

- ACTON, K.; BOCHENSKI, C.; BROUSSARD, B.; GOHDES, D. HOSSEY, G.; RITH-NAJARIAN, S.; STAHN, R.; STACQUALURSI, F. Putting integrated care and education to work for American Indians. Alaska Natives Manual of the Indian Health Services Diabetes Program. Albuquerque: **Department of Health and Human Services**, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434662/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- ANDRADE, S. M. O. de. **A pesquisa científica: concepção e execução**. 6. ed. Campo Grande, MS: UNIDERP, 2013.
- BARCELÓ, A.; LUCIANI, S.; AGURTO, I.; ORDUÑEZ, P.; TASCA, R.; SUED, O. **Melhoria dos cuidados crônicos através das redes de atenção à saúde**. Washington, D.C: OPAS, 2012. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21401&Itemid=>>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- BONOMI, A. E.; WAGNER, E. H.; GLASGOW, R. E.; VON KORFF, M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. **Health Serv Res.** 37 (3):791-820. 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434662/>>. Acesso em: 1º out. 2013.
- BOWEN, J. L.; PROVOST, L.; STEVENS, D. P.; JOHNSON, J. K.; WOODS, D. M.; SIXTA, C. S. WAGNER, E. H. Assessing chronic illness care education (ACIC-E): a tool for tracking education re-design for improving chronic care education. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 25, p. S593-S609, Supplement 4, Sep.2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940447/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredez.pdf>. Acesso em 05 jun. 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da atenção primária à saúde nos estados**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012a.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. 2012b **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>>. Acesso em: 8 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal**: 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 08 ago. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS/Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 483 de 1º de abril de 2014b. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, 02 abr. 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em 05 ago 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: Cadernos de Atenção Básica n 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **TABNET. Informações de saúde**: estatísticas vitais, 2014d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10ms.def>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal**: 2014e. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 08 set. 2014

BRASÍLIA, (DF). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde, 2003.

CAMPO GRANDE, (Município). **Plano municipal de saúde 2012-2013**. Campo Grande, 2012. Disponível em:<http://capital.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_can=3499>. Acesso em: 29 set. 2013.

COSTA, K. **Área de Agentes** – informações sobre o número de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde por distrito sanitário de Campo Grande [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <siab@sesau.capital.ms.gov.br> em 11 jul. 2013.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M.; **Policies and strategies to promote social equity in health**. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier, 2007. Disponível em: <http://econpapers.repec.org/paper/hhsifswps/2007_5f014.htm>. Acesso em: 10 ago. 2014.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Supportin people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration**. Leeds: COI/Department of Health, 2005. Disponível em: <<http://www.leeds.ac.uk/lpop/Key%20Policy%20Documents/supportingLTCs.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2014.

GLASGOW, R. E.; WAGNER, E. H.; NELSON, C. C.; KING, D. K. Use of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) with diabetic patients. **Diabetes care**, Alexandria, v. 28, n. 11, p. 2655-61, Nov. 2005. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/28/11/2655.long>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

GOULART, F. A. de A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

HOSSEINPOOR, A. R.; BERGEN, N.; MENDIS, S.; HARPER, S.; VERDES, E.; KUNST, A. CHATTERJI, S. Socioeconomic inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: results from the world health survey, **BMC Public Health**, 12:474, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/474>>. Acesso em: 02 fev. 2014

LEYKUM, L. K.; PALMER, R.; LANHAM, H.; JORDAN, M.; MACDANIEL, R.R.; NÖEL, P. H.; PARCHMAN, M. Reciprocal learning and chronic care model implementation in primary care: results from a new scale of learning im primary care. **BMC Health Services Research**, Chicago, v. 11, p. 44-50, Feb. 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-44.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C. **Doenças crônicas, atenção primária**

e desempenho dos sistemas de saúde: diagnósticos, instrumentos e intervenções. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), nov. 2011.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria Estadual de Atenção Básica. **Saúde da família MS: 10 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria Geral de Planejamento e Suporte Técnico. **Plano estadual de saúde: Mato Grosso do Sul 2012 – 2015.** Mato Grosso do Sul, 2011.

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

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. **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. 1. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Linha de cuidado:** hipertensão arterial e diabetes. Brasília, DF: OPAS, 2010.

PATEL, N. K.; PARCHMAN, M. L. The chronic care model and exercise discussions during primary care diabetes encounters. **Journal of the American Board of Family Medicine**, Lexington, v. 24, n. 1, p. 26-32, Jan./Feb. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21209341>>. Acesso em: 10 ago. 2014

RIBEIRO, A. G; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 7-17, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a02v17n1.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del Seminario Anual de Saúde 2008, Sir Roger Bannister. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na Internet]**. Vol. 1: ISS.2, Article 2, 2009. Disponível em: <<http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss2/2/>>. Acesso em 05 out. 2014

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, B.; MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. Disponível em: <

http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Starfield_Milbank.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2014.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A. E.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: **The Lancet Saúde no Brasil**. Cap 4, pag 61-74. 2011. Disponível em <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>> Acesso em: 29 jul. 2013.

STEVENS, D. P.; BOWEN, J. L.; JOHNSON, J. K.; WOODS, D. M.; PROVOST, L. P.; HOLMAN, H. R.; SIXTA, C. S. A multi-institucional quality improvement initiative to transform education for chronic illness care in resident continuity practices. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 25, p. 574-80, Supplement 4, Sep.2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940442/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SI, D.; BAILIE, R.; CONNORS, C.; DOWDEN, M. STEWART, A. ROBINSON, G.; CUNNINGHAM, J.; WEERAMANTHRI, T. Assessment health centre systems for guiding improvement in diabetes care. **BMC Health Services Research**, London, v. 5, n. 56, p.1-23, Aug. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1208882/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SOLBERG, L. I.; CRAIN, A. L.; SPERL-HILLEN, J. M.; HROSCIKOSKI, M.C.; ENGBRETSON, K. I.; O'CONNOR, P. J. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 4, n. 4, p. 310-16, July 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16868234>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SUNAERT, P.; BASTIAENS, H.; FEYEN, L.; SNAUWAERT, B.; NOBELS, F.; WENS, J.; VERMIEIRE, E.; VAN ROYEN, P.; DE MAESENEER, J.; DE SUTTER, A.; WILLEMS, S. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". **BMC Health Services Research**, London, v. 9, n. 152, p. 1-14. Aug. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2757022/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, Philadelphia, v.1, n.1, p.2-4, Aug./Sep. 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10345255> >. Acesso em: 10 ago. 2014.

WAGNER, E.H.; AUSTIN, B.T.; DAVIS, C.; HINDMARSH, N.; SCHAEFER, J.; BONOMI, A. Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action. Interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care. **Health Affairs**. Millwood VA, v.20, n. 6, p.64-78, Nov./Dec. 2001. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=11816692>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

ANEXO A

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A ATENÇÃO ÀS 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 à 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 estádios na melhoria da atenção às condições crônicas. Os estádios 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 a 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 consciente.	...utilizam soluções emergenciais para resolver pontualmente os problemas que se apresentam.	...utilizam estratégias efetivas quando surgem problemas.	...utilizam estratégias efetivas, usadas pró-ativamente, sendo incorporadas em planos de melhoria de qualidade.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Regulação e incentivos para a atenção às condições crônicas...	...não são utilizados para definir as metas de desempenho clínico.	...são usados para controlar a utilização de serviços e custos na atenção às condições crônicas.	...são usados para apoiar as metas terapêuticas de atenção às pessoas usuárias.	...são usados para motivar e empoderar os profissionais da saúde e apoiar as metas de desempenho clínico.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderança superior da organização...	...desencorajam o cadastramento dos portadores de condições crônicas.	...não dão prioridade à melhoria da atenção às condições crônicas.	...encorajam esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.	...participam visivelmente dos esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Benefícios e incentivos (econômicos e morais)...	...desencorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.	...nem encorajam nem desencorajam o autocuidado pelos pacientes e as mudanças 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.	...existem e acompanha a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas.	...existe e acompanha pró-ativamente a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas, controlando os incentivos de desempenho das equipes.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Agente comunitário de saúde...	...não está incorporado à atenção às condições crônicas.	...está incorporado à atenção às condições crônicas, mas atua de forma não sistemática, sem integrar-se com os recursos da comunidade.	...está incorporado à atenção às condições crônicas e atua de forma sistemática, articulando os recursos da instituição de saúde e os recursos comunitários.	...está incorporado à atenção às condições crônicas, atua sistematicamente de acordo com as diretrizes clínicas e articula os recursos 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 multiprofissional de saúde, mas envolvem apenas os portadores de condições crônicas referidos.	...é oferecido por educadores em saúde especialmente capacitados em metodologias de empoderamento e de resolução de problemas, envolvendo a maioria dos portadores de condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares...	...não é realizado de forma consistente.	...é realizado para pessoas usuárias ou famílias específicas por meio e 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 à distribuição de informações (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 mudanças 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 Apoio ao Autocuidado ____ Pontuação Média (Pontuação Total para Apoio ao Autocuidado / 4 ____)

Parte 4: Suporte à Decisão. O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidências, consulta 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, <i>feedbacks</i> e incentivos para sua adoção pelos profissionais de saúde.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde...	...é feito por meio de referenciamento tradicional.			...é alcançado por meio da participação de especialistas, para aumentar a capacidade do sistema de atenção à saúde, implementando rotineiramente as diretrizes clínicas.			...inclui a participação de especialistas no processo de educação permanente das equipes de atenção primária em saúde.			...inclui a participação de especialistas que participam do processo de educação permanente dos profissionais da atenção primária à saúde, de sessões de discussão de casos clínicos e trabalho clínico conjunto.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Educação permanente dos profissionais de saúde para atenção às condições crônicas...	...é feito esporadicamente.			...é feita sistematicamente por meio de métodos tradicionais da educação.			...é feita sistematicamente utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos para uma parte dos profissionais de saúde, com base nas diretrizes clínicas.			...é feita sistematicamente e inclui toda a equipe envolvida na atenção às condições crônicas utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos, com base nas diretrizes clínicas, e envolve métodos como gestão de base populacional e apoio ao autocuidado.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas...	...não é realizada.			...é realizada quando a pessoa usuária solicita ou por meio de publicações.			...é realizada para pessoas usuárias específicas, por meio de 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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Suporte às Decisões _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Suporte às Decisões / 4 _____)

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

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

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

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
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
Alerta para os profissionais...	...não estão disponíveis.	...está 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
<i>Feedbacks</i> para a equipe de saúde...	...não estão disponíveis.	...são fornecidos em intervalos irregulares e de forma impessoal.	...ocorrem em intervalos suficientes para monitorar o desempenho e são específicos para cada equipe.	...são fornecidos oportunamente, específicos para uma determinada equipe, de forma pessoal e rotineira por um líder para melhorar o desempenho da equipe.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias...	...não está disponível	...está disponível, mas somente pode ser obtida com esforços especiais ou programação adicional.	...está disponível eventualmente, mas só pode ser obtida quando solicitada.	...está disponível rotineiramente para os profissionais de saúde para ajudá-los no planejamento do cuidado.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Plano de cuidado das pessoas usuárias...	...não é elaborado.	...é elaborado em formato padrão pela equipe de saúde.	...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária e inclui metas clínicas.	...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária, inclui metas clínicas e ações de autocuidado apoiado, sendo monitorado regularmente.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica / 4) _____

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 horas 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 solicitado ou por meio de publicações.	...é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica.	...é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica e inclui material elaborado para as pessoas usuárias, descrevendo seu papel no autocuidado apoiado e na adesão às diretrizes clínicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de informação/registo clínico...	...não inclui metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, mas não inclui metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado, alerta aos profissionais e pessoas usuárias referente ao monitoramento das condições crônicas e reavaliação periódica das metas de autocuidado apoiado.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Programas comunitários...	...não fornecem feedback para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	...fornecem feedback esporadicamente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	...fornecem feedback esporadicamente 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 esporadicamente 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 o cuidado, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas, incluindo o desenvolvimento de um contrato de gestão com os profissionais de saúde, com base em desempenho.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Monitoramento das metas dos planos de cuidado...	...não é realizado.	...realizado esporadicamente, apenas para pessoas usuárias agendadas.	...é realizado por um profissional responsável pela pessoa usuária.	...é realizado por meio da designação de um profissional responsável pela pessoa usuária e que usa o prontuário clínico e os alertas para coordenar a atenção com a pessoa usuária e os membros da equipe.								
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Diretrizes clínicas para as condições crônicas...	...não são compartilhadas com as pessoas usuárias.	...são fornecidas às pessoas usuárias que demonstram interesse no autocuidado apoiado de suas condições crônicas.	...são fornecidas a todas as pessoas usuárias para 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 ajudá-las a 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 Integração _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Integração / 6): _____

RESUMO DA PONTUAÇÃO

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

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

O que isto significa?

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

Entre “0” e “2” = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas;

Entre “3” e “5” = capacidade básica para a atenção às condições crônicas;

Entre “6” e “8” = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas;

Entre “9” e “11” = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas.

É comum que algumas equipes iniciem um processo de mudança com média abaixo de “5” em algumas (ou todas) as áreas do ACIC. Afinal, se todos ofertassem uma atenção excelente às condições crônicas, não seria necessário esse processo ou outros programas para a melhoria da qualidade. Também é comum que equipes acreditem prover uma atenção às condições crônicas melhor do que realmente acontece. Com o desenvolvimento do processo, começam a familiarizar-se com o que um sistema de atenção efetivo envolve. Nesse caso, a pontuação ACIC pode até diminuir em vez de melhorar; mas isso é resultado do melhor entendimento do que deve envolver um bom sistema de saúde. Com o tempo, à medida que sua compreensão sobre atenção integral aumenta e a equipe continua a implementar mudanças efetivas, observará a melhoria de sua pontuação.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por Karine Cavalcante da Costa.

A finalidade deste estudo é avaliar a percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família do Mato Grosso do Sul quanto à Atenção às Condições Crônicas. Estarão participando os profissionais de uma amostragem de todas as Equipes de Saúde da Família de Mato Grosso do Sul, que foram implantadas até dezembro de 2012.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo e não haverá prejuízo de forma alguma.

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de artigos científicos e de apresentações em reuniões específicas.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para (67) 3318-1708, Karine Cavalcante da Costa. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do Voluntário

_____/_____/_____
data

Assinatura do Pesquisador

_____/_____/_____
data

ANEXO C

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

Algumas Equipes de Saúde da Família de seu município estarão sendo convidadas a participar da pesquisa: **“Atenção às Condições Crônicas na Estratégia Saúde da Família de Campo Grande, Mato Grosso do Sul: A Percepção dos Profissionais”**. Para tanto, precisamos de sua permissão para obter informações referentes ao processo de trabalho destas equipes.

A finalidade deste estudo é avaliar a percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família de Campo Grande, Mato Grosso do Sul quanto à Atenção às Condições Crônicas. Estarão participando os profissionais de uma amostragem de Equipes de Saúde da Família da capital, que foram implantadas até dezembro de 2012.

Caso seja permitida a realização desta pesquisa em seu município, seu nome e identidade, bem como os nomes e identidades dos profissionais serão mantidos em sigilo e não haverá nenhum prejuízo.

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de artigos científicos e de apresentações em reuniões específicas, com intuito de fortalecer a Atenção Básica, principalmente quanto ao manejo das condições crônicas.

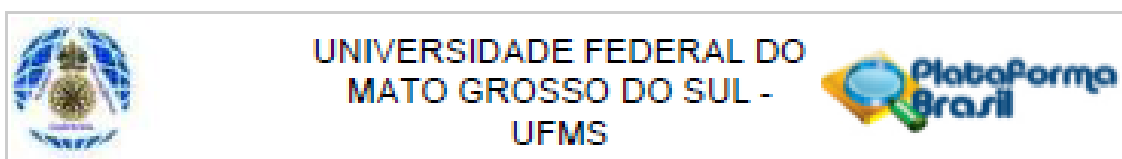
Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para (67) 9984-9530, Karine Cavalcante da Costa.

Declaro que autorizo a realização deste estudo com as Equipes de Saúde da Família existentes neste município.

Campo Grande, ____ / ____ / ____

Ivandro Corrêa Fonseca
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO D



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Pesquisador: Karine Cavalcante da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23638714.9.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 574.735

Data da Relatoria: 18/03/2014

Apresentação do Projeto:

Este trabalho resultará da avaliação da percepção dos usuários quanto à atenção às condições crônicas na Estratégia Saúde da Família (ESF). A

pesquisa terá por objetivo avaliar a percepção, considerando-se como variáveis: a capacidade institucional local das equipes de Campo Grande,

Mato Grosso do Sul, para a oferta do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Será aplicado um instrumento de coleta de dados, direcionado aos

profissionais de uma ESF, denominado Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas - ACIC. Os dados serão

analisados a partir dos resultados do instrumento aplicado e comparados ao referencial teórico. Com este estudo espera-se que as equipes reflitam

sobre o seu processo de trabalho, e contemplem em sua atuação o cuidado integral aos usuários em condições crônicas, a fim de minimizar as complicações ou reagudizações, de modo a aumentar a resolutividade das ESF.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a percepção dos profissionais quanto à atenção às condições crônicas na Estratégia Saúde

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (87)3345-7187 Fax: (87)3345-7187 E-mail: biotica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 874.735

da Família

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toma-se importante relatar que esta pesquisa não trará riscos à saúde dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os benefícios deste projeto de pesquisa serão posteriores tendo em vista a melhoria da qualidade da atenção à saúde das Equipes de Saúde da Família de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, aos portadores de condições crônicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisador atendeu às recomendações do CEP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 31 de Março de 2014

Assinador por:
Odalir Pimentel Martins
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.078-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (87)3345-7187 Fax: (87)3345-7187 E-mail: boetica@propp.ufms.br