

Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na atenção primária à saúde

Institutional capacity for the care of people with chronic diseases in primary health care

Elaine Amaral de Paula¹ , Eda Schwartz² , Bruno Pereira Nunes² , Bianca Pozza dos Santos² , Alberto Barceló³ 

RESUMO

Objetivo: investigar a capacidade institucional para o cuidado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. **Método:** estudo transversal, quantitativo e exploratório. A coleta de dados utilizou o questionário, traduzido e adaptado para o Brasil, *Assessment of Chronic Illness Care*. A coleta de dados aconteceu entre dezembro de 2017 a junho de 2018. O instrumento foi respondido por 159 profissionais que atuavam em 49 unidades de atenção primária à saúde. **Resultados:** a capacidade para o cuidado às pessoas com doenças crônicas foi classificada como básica. Os componentes com melhor e pior nota atribuída foram, desenho do sistema de prestação de serviços e suporte à decisão clínica, respectivamente. **Conclusão:** os resultados deste estudo apontaram que é necessário investir, prioritariamente, em: *feedback* do especialista na contrarreferência, parcerias com a comunidade, especialmente nas unidades que atuam no modelo tradicional e capacitação dos profissionais para apoio ao autocuidado.

Descritores: Doença Crônica; Qualidade da Assistência à Saúde; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa.

ABSTRACT

Objective: to investigate the institutional capacity for the care of people with chronic non-communicable diseases in primary health care. **Method:** cross-sectional, quantitative and exploratory study. Data collection used the questionnaire, translated and adapted for Brazil, *Assessment of Chronic Illness Care*. Data collection took place between December 2017 and June 2018. 159 professionals working in 49 primary health care units responded to the instrument. **Results:** the ability to care for people with chronic diseases was classified as basic. The components with the best and worst scores were the design of the service delivery system and clinical decision support, respectively. **Conclusion:** the results of this study showed that it is necessary to invest primarily in expert feedback on counter-reference, partnerships with the community, especially in units that work in the traditional model, and training of professionals to support self-care.

Descriptors: Chronic Disease; Quality of Health Care; Self Care; Primary Health Care; Evaluation of Research Programs and Tools.

¹ Instituto Federal de Ensino Tecnológico do Sudeste de Minas Gerais (IF Sudeste MG). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: elaine.amaral@ifsudestemg.edu.br.

² Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mails: eda.schwartz@ufpel.edu.br, bruno.nunes@ufpel.edu.br, bi.santos@bol.com.br.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: alberto.barcelo@ufjf.edu.br.

Como citar este artigo: Paula EA, Schwartz E, Nunes BP, Santos BP, Barceló A. Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na atenção primária à saúde. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2022 [cited _____];24:68990. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.68990>.

Recebido em: 19/05/2021. Aprovado em: 18/11/2021. Publicado em: 29/04/2022.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam 71% da mortalidade em todo o mundo, 77% destas ocorrem em países de baixa e média renda e atingem até um terço de pessoas com menos de 60 anos de idade. Assim, as DCNT geram custos diretos e indiretos para a sociedade, sistema de saúde e indivíduos devido à perda de produtividade, internações por complicações clínicas e comprometimento da qualidade de vida⁽¹⁾.

As doenças cardiovasculares são responsáveis pela maioria das mortes por DCNT, seguidas por câncer, doenças respiratórias e diabetes mellitus⁽¹⁾. No Brasil, de modo semelhante a outros países, as DCNT também constituem um problema de saúde pública, pois representam 75% das causas de óbito⁽²⁾.

A capacidade dos serviços de saúde de prover cuidados às pessoas com DCNT é amplamente variável de acordo com a região e a renda dos países. Apesar da existência de políticas nacionais, diretrizes e protocolos que incentivam a atenção integral às DCNT, a falta de financiamento adequado impede que as políticas sejam plenamente executadas⁽³⁾.

Além da questão do (sub)financiamento no Brasil, estudos apontam uma incoerência entre as necessidades de saúde da população e a organização do sistema de saúde. Em resposta a esse desafio, em 2011, o Ministério da Saúde do Brasil lança o guia “Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil: 2011-2020”, que preconiza como um dos eixos estratégicos o “Cuidado Integral” das condições crônicas e seus fatores de risco. Dentre estas estratégias, destaca-se a implantação de Linhas de Cuidado que utilizem protocolos e diretrizes clínicas com base em evidências científicas, vinculando os indivíduos e cuidadores à equipe da atenção primária à saúde (APS), garantindo a referência e a contrarreferência para os outros níveis, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção⁽⁴⁾.

Nesse sentido, as evidências mais recentes de experiências bem-sucedidas de gestão do cuidado às pessoas com DCNT estão direcionadas para mudança deste modelo reativo, centrado na queixa/doença, para um modelo proativo, multidisciplinar, centrado na pessoa e no seu contexto sociocultural. Trata-se do Modelo de Cuidados Crônicos (MCC), que propõe uma nova gestão da condição de saúde com intuito de obter resultados clínicos mais satisfatórios, monitoramento contínuo, desenvolvimento da corresponsabilização da pessoa sobre sua saúde e envolvimento da comunidade^(5,6).

O MCC foi desenvolvido por uma equipe de pesquisadores nos Estados Unidos e possui seis elementos, subdivididos em dois grandes eixos, o primeiro corresponde ao sistema de atenção à saúde que integra cinco componentes, saber: organização da atenção à saúde, desenho do sistema de

prestação de serviços, suporte às decisões clínicas, sistema de informação clínica e autocuidado apoiado; o segundo eixo compreende a articulação com a comunidade e o componente correspondente são os recursos da comunidade⁽⁶⁾.

Um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade dos cuidados prestados com o MCC na perspectiva dos profissionais é o questionário *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC), que foi constituído com base nos seis elementos sugeridos pelo MCC e validado para testar o grau de implementação do MCC. Trata-se de uma ferramenta de avaliação que foi desenvolvida para auxiliar as equipes de saúde a identificarem as áreas do sistema de atenção à saúde ou da comunidade que necessitam de melhorias e, em um segundo momento, avaliar o nível e a natureza das intervenções realizadas⁽⁷⁾.

Considerando que o MCC tem sido a estrutura teórica mais utilizada em diferentes países, inclusive no Brasil, o ACIC é considerado o instrumento mais adequado para medir o grau de implementação do modelo na perspectiva dos profissionais de saúde⁽⁶⁻⁸⁾. No Brasil, a versão do ACIC destinada a profissionais de saúde foi validada no ano de 2012 e aplicada por uma equipe de pesquisadores do Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas coordenada pelo Centro de Informações em Saúde (CIS), com o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da assessoria técnica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)⁽⁸⁾.

Apesar da ampla discussão, no Brasil ainda permanecem escassos na literatura estudos que avaliam a implementação do MCC na APS⁽⁸⁻⁹⁾. Até o momento, no estado do Rio Grande do Sul não foram encontrados estudos que evidenciassem a percepção dos profissionais da APS quanto à capacidade institucional para o cuidado às pessoas com DCNT na perspectiva do MCC. Portanto, o objetivo do presente estudo foi investigar a capacidade institucional para o cuidado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e exploratório.

Cenário

O cenário do estudo foi a APS do município de Pelotas/RS, Brasil. A rede de serviços de APS em Pelotas foi implantada na década de 80 e, atualmente está constituída por 51 unidades básicas de saúde (UBS's) distribuídas em seis distritos sanitários (DS) administrativos, sendo cinco localizados na zona urbana

(DSI ao DSV) e um na zona rural (DSVI). A região urbana do município possui 38 UBS's, sendo que 25 adotam o modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), nove UBS's atuam no modelo tradicional e quatro são mistas (convivem com dois modelos de atenção: a ESF e o modelo tradicional). A região rural possui 13 UBS's, destas, dez adotam o modelo ESF e três são tradicionais. A cobertura total dos serviços e ações das equipes de ESF corresponde a 69,2% da população adstrita. A abrangência do estudo foi de 49 unidades que representam 96,1% das UBS's do município.

Critério de seleção

Foram incluídos no estudo profissionais enfermeiros e médicos que atuavam na APS por um período mínimo de dois meses ou mais.

Foram excluídos do estudo profissionais que estavam afastados do serviço de saúde por motivo de férias ou de licença saúde durante o período de coleta de dados.

Amostra

A população total do estudo foi constituída por 211 profissionais (119 médicos generalistas e 92 enfermeiros) vinculados às 49 unidades de APS participantes. Após a aplicação dos critérios de seleção e convite, a amostra foi composta por 159 profissionais (80 médicos generalistas e 79 enfermeiros). A taxa de recusa em participar do estudo foi de 8,7% para enfermeiros e 22,7% para médicos e a taxa de exclusão foi de 5,4%, para enfermeiros e 10,1% para médicos, sendo assim a taxa de participação foi de 75,4%.

Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu no período de dezembro de 2017 a junho de 2018 e foi conduzida por três pesquisadoras capacitadas. A abordagem dos participantes foi feita de modo presencial. O instrumento utilizado foi impresso e composto por 28 questões autoaplicáveis que contemplam os seis elementos fundamentais do MCC, distribuídos a seguir: organização da atenção à saúde (seis itens), recursos da comunidade (três itens), autocuidado apoiado (quatro itens), suporte às decisões clínicas (quatro itens), desenho do sistema de atenção (seis itens) e sistema de informação clínica, além de dados sociodemográficos relacionados a formação profissional. A duração média do tempo de preenchimento do instrumento foi de 25 minutos.

Análise e tratamento dos dados

A interpretação do instrumento ACIC foi feita através do escore obtido pela média aritmética simples dos seus componentes. A pontuação mais baixa, escore entre ≥ 0 e $\leq 2,4$ (nível D) corresponde a um local com capacidade "muito limitada" para a atenção às condições crônicas; escore entre $\geq 2,5$ e $\leq 5,4$ (nível C) corresponde a uma

capacidade "básica"; escore entre 5,5 e $\leq 8,4$ (nível B) corresponde a um local com capacidade "razoável" e o escore mais alto entre $\geq 8,5$ e $\leq 11,0$ (nível A) indica um local com capacidade "ótima"⁽⁷⁾.

As variáveis selecionadas para este estudo foram pré-codificadas, duplamente digitadas de forma independente no programa EpiData versão 3.1. Após a verificação e correção dos erros de digitação os dados foram armazenados no programa SAS (*Statistical Analysis System*) versão 9.3.

Aspectos éticos

Em cada visita os profissionais eram abordados individualmente, em ambiente privativo, esclarecidos acerca do objetivo da pesquisa e em seguida convidados a participarem do estudo. Diante do aceite foi entregue ao profissional o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento ACIC, auto aplicado. Os princípios éticos utilizados neste estudo atenderam as diretrizes da resolução 466/12 criada pelo Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas e aprovado sob parecer nº 2.403.534/2017 e CAAE nº 79860617.2.0000.5316.

RESULTADOS

O total de participantes foi de 159 profissionais, dentre estes, 79 (49,7%) eram enfermeiros e 80 (50,3%) médicos. Dentre os médicos, 41 (51,2%) estavam vinculados ao programa mais médicos, sendo que 33 (80,5%) tiveram formação no Brasil e oito (19,5%), em Cuba. A maioria dos participantes era do sexo feminino 112 (70,4%), o vínculo profissional mais frequente foi por concurso público 101 (63,5%), 32 (20,1%) eram bolsistas e 26 (16,4) atuavam com contrato por tempo determinado.

A Tabela 1 apresenta a avaliação geral do município para cada componente do questionário ACIC.

A Tabela 2 mostra as médias de avaliação do questionário ACIC por distrito sanitário.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo destacam ampla variabilidade na avaliação da capacidade institucional para o cuidado às pessoas com DCNT. Por um lado, os resultados apontaram para dificuldades na integração das ações de cuidado; por outro, observou-se melhor percepção nas práticas de cuidado entre profissionais vinculados aos programas de reestruturação do modelo fragmentado de atenção à saúde ainda vigente.

A aplicação do instrumento ACIC nos EUA mostrou que as pontuações médias das equipes variaram de 4,36 (sistemas de informação) a 6,42 (organização da assistência)⁽⁷⁾.

Tabela 1. Classificação da atenção primária por dimensões do ACIC (n = 159). Pelotas, RS, Brasil, 2017 – 2018.

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

Tabela 2. Médias e classificação da avaliação do ACIC por distrito sanitário de saúde (n = 159). Pelotas, RS, Brasil, 2017 – 2018.

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

Legenda: (DSI: Três Vendas; DSII: Três Vendas; DSIII: Centro/Porto; DSIV: Fragata; DSV: Areal/Laranjal; DSVI: Colônia). Médias entre > 0 e < 2,4 “limitada” > 2,5 e < 5,4 “básica” > 5,5 e < 8,4 “razoável” e > 8,5 e < 11,0 “ótima”.

Na Alemanha, avaliou-se a organização do atendimento de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na cidade de Zurique. Os escores médios da subescala ACIC foram: organização do sistema de atenção à saúde: média (m) = 7,31 (DP = 0,79), vínculos comunitários: m = 3,78 (DP = 1,09), apoio autocuidado: m = 4,88 (DP = 1,21), suporte à decisão: m = 4,79 (DP = 1,16), desenho do sistema de prestação de serviços: m = 5,56 (DP = 1,28) e sistemas de informação clínica: m = 4,50 (DP = 2,69)⁽¹¹⁾.

A aplicação do ACIC no Chile encontrou que pontuação global do ACIC foi de 5,9 (\pm 1,5), portanto caracterizada como suporte básico, sendo que o componente organização do sistema de prestação de serviços obteve melhor pontuação 7,2 (\pm 1,5). As pontuações mais baixas correspondem a integração dos componentes 4,7 (\pm 1,9) e suporte à decisão clínica 4,8 (\pm 2,0)⁽¹²⁾.

No Brasil, a experiência de implantação do MCC em Curitiba para três equipes da APS foi avaliada por meio da aplicação do ACIC em dois momentos. Na fase inicial, a média da pontuação total na linha de base foi de 5,9, com melhor avaliação para a integração dos componentes (7,6

e pior avaliação para articulação com a comunidade (4,3). Ao final da intervenção, os componentes que apresentaram tendência de melhora mais importantes foram a articulação com a comunidade, o suporte à decisão clínica e o desenho da prestação de serviços⁽⁸⁾.

Do mesmo modo, a avaliação da implantação do MCC em cinco unidades de APS no México através do ACIC constatou que a capacidade institucional para o cuidado às pessoas com DCNT aumentou de 5,7 no momento inicial para 8,7 no final da intervenção⁽¹³⁾.

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

A variabilidade de resultados encontrados no presente estudo pode ser explicada por diferentes fatores: presença de

um modelo misto de APS (tradicional e ESF), presença de unidades que atuam sob diferentes vínculos organizacionais, existência do programa mais médicos e desconexão entre a realidade vivenciada e os aspectos reais do MCC, conforme detalhado a seguir.

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

Do mesmo modo, a existência do Programa Mais Médicos influenciou na variabilidade dos resultados de modo que a inserção de profissionais com formação diferenciada e supervisão contínua contribuiu para diferenças significativas na percepção das práticas de cuidado⁽¹⁴⁾.

As dificuldades de engajamento da unidade de saúde com a comunidade não se tratam de uma realidade apenas local, estudos realizados em outros dois municípios brasileiros evidenciaram resultados semelhantes^(8,9).

Corroborando, estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que existem poucas intervenções baseadas em evidências que caracterizam o engajamento da comunidade no cuidado às DCNT na APS. Após esses resultados, os autores daquele estudo concluíram que a ausência desse tipo de intervenção foi devido a falta de ferramentas de avaliação das ações, especialmente entre populações carentes⁽¹⁵⁾.

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

De forma coerente e proposital, na figura do MCC o componente “autocuidado apoiado” situa-se lado-a-lado à comunidade. De modo geral, o autocuidado é disponibilizado através de atividades educacionais (individuais ou em grupo), porém sem utilizar metodologias específicas de mudança de comportamento. Atrelado a isso, a avaliação dos profissionais evidenciou que as ações de capacitação em serviços são realizadas de forma esporádica e por meio da utilização de metodologias tradicionais de ensino. Compreende-se que para haver uma mudança de paradigma que ultrapasse a lógica do modelo biologista para um modelo de atenção que articule os diferentes serviços da rede e que convoque a participação das pessoas na construção da sua saúde, torna-se necessário inovar as metodologias de ensino e de práticas em saúde⁽¹⁶⁾.

Um estudo realizado no Canadá abordou médicos, usuários, gerentes e pesquisadores vinculados à APS com objetivo de compreender as facilidades e as barreiras relacionadas à implementação de um plano de cuidados individualizado. As principais vantagens relacionaram-se à efetividade na motivação para mudança de comportamento e promoção da prevenção primária. Em relação às principais barreiras encontradas, observaram-se: complexidade e o custo evidenciado pela quantidade de papelada e o tempo necessário para coletar informações; o custo foi avaliado negativamente pelos médicos e positivamente (considerando o impacto da prevenção de complicações) por enfermeiros, gerentes e pesquisadores. Portanto, os resultados do estudo evidenciaram diferenças nas percepções dos profissionais em relação às vantagens e desvantagens do uso de um plano de cuidados individualizado⁽¹⁷⁾.

Considerando que enfermeiros são os profissionais mais indicados para o planejamento do cuidado, um estudo identificou as orientações de autocuidado mais eficazes feita por estes profissionais e concluíram que os componentes de intervenção e fatores contextuais melhor classificados foram: capacitar usuários, familiares e cuidadores para o autocuidado; garantir que os usuários, familiares e os cuidadores estejam cientes da necessidade de retorno às consultas e do plano de cuidados no domicílio; registro padronizado das orientações e estratégias de comunicação eficazes; a presença de uma liderança forte, alinhamento do plano estratégico e estruturas que favoreçam a proatividade e a mudança de comportamento em idosos com condições complexas de saúde⁽¹⁸⁾.

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

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

Corroborando, as evidências mais recentes afirmam que a aprendizagem baseada na prática é muito útil, especialmente quando integra academia e serviços de saúde, uma vez que as experiências trazidas à reflexão estão inseridas no mundo real.

Além disso, a pesquisa aplicada à prática assistencial produz evidências mais úteis para a área da saúde pública⁽¹⁹⁾.

Um desafio mais complicado para melhoria deste componente refere-se ao envolvimento do especialista. É percebido que os casos referenciados ao especialista não retornam com contra referência e tão pouco existe o envolvimento do especialista na capacitação dos profissionais na APS. Nesse sentido, estudos anteriores também apontaram a necessidade de implementar um dispositivo de apoio matricial, a fim de estabelecer um novo tipo de interrelação entre o médico generalista e o médico especialista de modo que a linha de cuidado para doenças crônicas seja viabilizada numa rede articulada de serviços, em uma permanente discussão conjunta de processos de trabalho, objetivando uma fundamental e estreita colaboração entre especialista e o nível primário⁽²⁰⁾.

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

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que existem fragilidades e potencialidades específicas na capacidade da APS promover o cuidado às pessoas com DCNT. De acordo com as incapacidades das ações de cuidado evidenciadas pelos profissionais da APS, especialmente relacionadas ao déficit no suporte a decisão, sistema de informação clínica e articulação com a comunidade, contou-se a necessidade de investir, principalmente em: revisão das metas organizacionais, parcerias entre unidade de saúde e comunidade, articulação dos conselhos locais de saúde, *feedback* do especialista na contra referência, educação permanente por meio da utilização de metodologias ativas de ensino, a fim de capacitar os profissionais para apoiarem o autocuidado e a mudança de comportamento para um estilo de vida mais saudável.

As deficiências percebidas foram minimizadas para os profissionais vinculados às unidades de saúde que agregam o Programa Mais Médicos e maximizadas para os profissionais que atuavam em unidades tradicionais de atenção à saúde. Considerando as diferenças observadas, recomenda-se expandir o uso de técnicas como acompanhamento contínuo por meio da supervisão colaborativa, ampliar o acesso ao aprimoramento técnico-científico dos profissionais e

promover uma avaliação de desempenho sistemática podem ser estratégias eficazes para melhorar a percepção dos profissionais que atuam em unidades tradicionais em relação às ações de cuidado às pessoas com doenças crônicas.

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

REFERÊNCIAS

1. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* [Internet]. 2016 [cited 2022 apr 15];388(10053):1659-724. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8).
2. Malta DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *Sao Paulo Med. J.* [Internet]. 2017 [cited 2022 apr 15];135(3):213-21. Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0330050117>.
3. Pedraza CC. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2020 [cited 2022 apr 15];44:e121. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.121>.
4. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2022 apr 15];25(2):373-90. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016>.
5. Ghiyasvandian S, Shahsavari H, Matourypour P, Golestannejad MR. Integrated Care model: Transition from acute to chronic care. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2021 [cited 2022 apr 15];74(5):e20200910. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0910>.
6. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* [Internet]. 1998 [cited 2022 apr 15];1(1):2-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10345255/>.
7. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv*

- Res [Internet]. 2002 [cited 2022 apr 15];37(3):791-820. Available from: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00049>.
8. Schwab GL, Moysés ST, Kusma SZ, Ignácio SA, Moysés SJ. Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. *Saúde debate* [Internet]. 2014 [cited 2022 apr 15];38(spe):307-18. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S023>.
 9. Costa KC, Cazola LHO, Tamaki EM. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. *Saúde debate* [Internet]. 2016 [cited 2022 apr 15];40(108):106-17. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080009>.
 10. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 jun. 2013 [cited 2022 apr 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
 11. Steurer-Stey C, Frei A, Schmid-Mohler G, Malcolm-Kohler S, Zoller M, Rosemann T. The German version of the Assessment of Chronic Illness Care: instrument translation and cultural adaptation. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2012 [cited 2022 apr 15];18(1):1-4. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01511.x>.
 12. Lagos ME, Salazar A, Luengo LH. Evaluación de la atención a usuarios con enfermedad crónica cardiovascular en Centros de Salud Familiar. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2016 [cited 2022 apr 15];35(2):99-108. Available from: <https://doi.org/10.4067/S0718-85602016000200002>.
 13. Barceló A, Cafiero E, Boer M, Mesa AE, Lopez MG, Jiménez RA, et al. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: the VIDA project. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2010 [Internet];4(3):145-53. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2010.04.005>.
 14. Gonçalves Junior O, Gava GB, Silva MS. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. *Saude soc.* [Internet]. 2017 [cited 2022 apr 15];26(4):872-87. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170224>.
 15. West JF. Public health program planning logic model for community engaged type 2 diabetes management and prevention. *Eval Program Plann* [Internet]. 2014 [cited 2022 apr 15];42:43-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.09.001>.
 16. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2022 apr 15];25:e2882. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>.
 17. Sopcak N, Aguilar C, O'Brien MA, Nykiforuk C, Aubrey-Bassler K, Cullen R, et al. Implementation of the BETTER 2 program: a qualitative study exploring barriers and facilitators of a novel way to improve chronic disease prevention and screening in primary care. *Implement Sci* [Internet]. 2016 [cited 2022 apr 15];11(1):158. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0525-0>.
 18. Jeffs L, Kuluski K, Law M, Saragosa M, Espin S, Ferris E, et al. Identifying Effective Nurse-Led Care Transition Interventions for Older Adults With Complex Needs Using a Structured Expert Panel. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2022 apr 15];14(2):136-44. Available from: <https://doi.org/10.1111/wvn.12196>.
 19. Erwin PC, McNeely CS, Grubaugh JH, Valentine J, Miller MD, Buchanan M. A Logic Model for Evaluating the Academic Health Department. *J Public Health Manag Pract* [Internet]. 2016 [cited 2022 apr 15];22(2):182-9. Available from: <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000236>.
 20. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2020 [cited 2022 apr 15];44:e4. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>.

