

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

Elsa Maria Karsburg da Rosa

**AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM ASSISTENCIAL AMBULATORIAL  
NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM  
SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA (HRSM)**

Santa Maria, RS  
2022

Elsa Maria Karsburg da Rosa

**AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM ASSISTENCIAL AMBULATORIAL NA  
ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE DO  
HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA (HRSM)**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Profissional em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel

Santa Maria, RS  
2022

Rosa, Elsa Maria Karsburg da  
AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM ASSISTENCIAL AMBULATORIAL NA  
ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE DO  
HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA (HRSM) / Elsa Maria  
Karsburg da Rosa.- 2022.  
107 p.; 30 cm

Orientador: Daniel Arruda Coronel  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de  
Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, RS, 2022

1. Atenção Ambulatorial 2. Condições Crônicas 3. Gestão  
do cuidado I. Arruda Coronel, Daniel II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, ELSA MARIA KARSBURG DA ROSA, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Elsa Maria Karsburg da Rosa

**AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM ASSISTENCIAL AMBULATORIAL NA  
ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE DO  
HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA (HRSM)**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Profissional em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Aprovada em 28 de dezembro de 2022.

---

**Daniel Arruda Coronel, Dr. (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)

---

**Maristela de Oliveira Beck, Dra. (UFSM)**

---

**Giana Silva Giacomelli, Dra. (FAB)**

Santa Maria, RS  
2022

Dedico essa trajetória profissional à memória de meus pais Lorena Karsburg da Rosa e Jurandi Galvão da Rosa, onde a vida começou e o amor nunca acaba.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas da Universidade Federal de Santa Maria, aos professores, pelos ensinamentos e desafios impostos que proporcionaram crescimento e amadurecimento profissional;

ao meu orientador, Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel que disponibilizou muitas horas de dedicação para as inúmeras orientações e diálogos. Agradeço o seu empenho, a confiança depositada e o incentivo a nunca desistir;

aos colegas das disciplinas que, mesmo de forma remota, se tornaram parceiros neste percurso;

aos meus amigos e familiares, pelo apoio e estímulo nesta caminhada, sobretudo à minha amiga, parceira de todas as horas, Cristiane Brito Chagas;

a todos os colegas do Ambulatório do Hospital Regional de Santa Maria, que participaram da coleta dos dados para que esta pesquisa pudesse ocorrer;

ao meu inseparável companheiro Lilico, felino fiel;

por fim, aos desencontros e encontros que o tempo nos traz, às pessoas que me marcaram, mesmo estando afastadas.

Muito obrigada a todos!

## RESUMO

### **AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM ASSISTENCIAL AMBULATORIAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA (HRSM)**

AUTORA: Elsa Maria Karsburg da Rosa

ORIENTADOR: Daniel Arruda Coronel

O predomínio dos agravantes das condições crônicas, representados pela inconsistência entre os agravos à saúde e a resposta social de um sistema segmentado, o qual atua de forma episódica e reativa, tem produzido desfechos clínicos desordenados. Diante da complexidade de demandas em saúde, este estudo busca verificar se a gestão do cuidado da Atenção Ambulatorial Especializada do Hospital Regional de Santa Maria-RS (HRSM) está adequada ao novo Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), na ótica dos profissionais de saúde. A pesquisa caracteriza-se como descritiva, com abordagem quali-quantitativa, a partir de um estudo de caso único. Para a coleta dos dados, realizou-se análise documental de prontuários clínicos e aplicação de questionário estruturado com profissionais da saúde desse ambulatório. Os instrumentos de pesquisa utilizados buscaram identificar características do serviço de atenção especializada, o perfil dos usuários e a avaliação da capacidade institucional para a Atenção às Condições Crônicas. A técnica de exploração dos dados para avaliar a percepção dos profissionais apoiou-se no instrumento Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) e em suas dimensões fundamentadas no MACC; também utilizou uma escala de pontuação de médias com variação de 1 a 5, dividida por categorias de análise. Os resultados apontam características importantes do uso de ferramentas de gestão da clínica, inseridas de acordo com o modelo de atenção às condições crônicas e fundamentadas pelos Termo de Referência e Notas Técnicas que orientam a execução das ações do Ambulatório de Especialidade em Hipertensão e Diabetes Mellitus do HRSM. O perfil socioeconômico e clínico das pessoas usuárias assemelha-se a uma população com características inerentes ao processo de envelhecimento, com baixo perfil socioeconômico e acentuado risco para o agravamento das condições crônicas já existentes. A capacidade para atenção às condições crônicas apresentou-se como regular a boa, com uma média de variação de 3,040 a 4,004 para as dimensões referentes à Articulação com a Comunidade e Organização da Atenção à Saúde, respectivamente. O componente referente ao Monitoramento da Condição Crônica representa o maior potencial, com uma média de 4,405. Já os componentes representados pelos Programas Comunitários e Registro das pessoas usuárias foram as principais fragilidades encontradas no estudo, com uma média de 2,432 e 2,459, respectivamente. Diante dos pontos fracos encontrados, o estudo propõe ações que visam aperfeiçoar a gestão do cuidado com base na metodologia 5W2H, uma ferramenta de planejamento estratégico que possibilita direcionar e qualificar os processos de trabalho.

**Palavras-chave:** Atenção Ambulatorial; Condições Crônicas; Gestão do cuidado.

## **ABSTRACT**

### **OUTPATIENT CARE APPROACH IN SPECIALIZED CARE FOR CHRONIC HEALTH CONDITIONS AT THE REGIONAL HOSPITAL AT SANTA MARIA (HRSM)**

**AUTHOR:** Elsa Maria Karsburg da Rosa

**ADVISOR:** Daniel Arruda Coronel

The predominance of aggravating factors of chronic conditions, constituted by the inconsistency between health problems and the social response of a segmented system, which acts episodic and reactively, has produced disordered clinical outcomes. In face of the complexity of health demands, this study verified whether the management of specialized ambulatory care at the Regional Hospital of Santa Maria is adequate for the new Model of Care for Chronic Conditions (MACC), from the perspective of health professionals. The research is characterized as descriptive with a quali-quantitative approach, based on a single case study. We carried out a structured questionnaire with health professionals, document analysis, clinical records analysis for data collection. The research instruments identified characteristics of the specialized care service, the profile of users and the assessment of institutional capacity for the care of chronic conditions. The data exploration technique to assess the professionals' perception was based on the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) instrument and its dimensions based on the MACC. We used a mean score scale ranging from 1 to 5 divided by analysis categories. Results pointed out important characteristics of the use of clinical management tools inserted according to the model of care for chronic conditions and based on the term of reference and technical notes that guide the execution of the actions of the Specialty Clinic for Hypertension and Diabetes Mellitus of HRSM. The socioeconomic and clinical profile of users is similar to a population with characteristics inherent to the aging process, with a low socioeconomic profile and a high risk of worsening existing chronic conditions. The ability to care for chronic conditions was fair to good, with an average variation of 3.040 to 4.004, for the dimensions related to the community articulation and Organization of Health Care, respectively. The component related to Chronic Condition Monitoring represents the greatest potential, with an average of 4.405. The components represented by community programs and users registration were the main weaknesses of the study, with an average of 2.432 and 2.459, respectively. Given the weaknesses found, the study proposed, due to the weakness reported, actions to improve care management based on the 5W2H methodology, a strategic planning tool that makes it possible to direct and qualify work processes.

**Keywords:** Ambulatory Care; Chronic Conditions; Care Management.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde .....	26
Figura 2 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	27
Figura 3 – Modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead.....	29
Figura 4 – O modelo da pirâmide de risco da Kaiser Permanente .....	30
Figura 5 – O modelo de Atenção a Condições Crônicas (MACC) .....	31
Figura 6 – Modelo da Pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS .....	34
Figura 7 – Escala da distribuição de média segundo categorias de análise.....	44
Figura 8 – Mapa das regiões de saúde e os municípios que compõem a 4ª CRS.....	49
Figura 9 – Circuito de atendimento do usuário no serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em Hipertensão e Diabetes de alto e muito alto risco do HRSM.....	50
Figura 10 – Análise descritiva, histograma de distribuição dos valores de hemoglobina glicada (A1C) das pessoas usuárias com diabetes do serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em Hipertensão e Diabetes de alto e muito alto risco do HRSM.....	61

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões e interpretação de resultados do instrumento ACIC .....	43
Quadro 2 – Resumo dos procedimentos metodológicos utilizados, conforme objetivos estabelecidos .....	45
Quadro 3 – Descritivo dos exames realizados pelo Ambulatório de Atenção Especializada ..	52
Quadro 4 – Proposta de ação 001 .....	79
Quadro 5 – Proposta de ação 002 .....	80
Quadro 6 – Proposta de ação 003 .....	80
Quadro 7 – Proposta de ação 004 .....	81

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise descritiva, perfil das pessoas usuárias segundo sexo, estado civil, idade, renda familiar, escolaridade e município de origem do serviço de atenção ambulatorial especializada em hipertensão e diabetes de alto e muito alto risco do HRSM .....	56
Tabela 2 – Análise descritiva do perfil clínico das pessoas usuárias caracterizadas segundo diagnóstico, retinopatia diabética e/ou hipertensiva, letramento em saúde, autocuidado, suporte familiar e prática de exercício físico do serviço de atenção ambulatorial especializada em hipertensão e diabetes de alto e muito alto risco do HRSM .....	58
Tabela 3 – Análise descritiva do perfil dos usuários adultos e idosos, segundo índice de massa corporal (IMC), classificados de acordo com o diagnóstico nutricional do serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em Hipertensão e Diabetes de alto e muito alto risco do HRSM .....	62
Tabela 4 – Perfil dos agentes de saúde segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade e meses de trabalho no Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes de alto e muito alto risco do HRSM.....	64
Tabela 5 – Análise descritiva dos componentes de Organização da Atenção à Saúde, apresentados segundo média, frequência e percentual.....	65
Tabela 6 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Articulação com a Comunidade, apresentados segundo média, frequência e percentual .....	67
Tabela 7 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Autocuidado Apoiado, apresentados segundo média, frequência e percentual.....	69
Tabela 8 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Suporte à Decisão, apresentados segundo média, frequência e percentual.....	71
Tabela 9 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Desenho do sistema de prestação de serviços, apresentados segundo média, frequência e percentual.....	73
Tabela 10 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Sistema de Informação Clínica, apresentados segundo média, frequência e percentual .....	74
Tabela 11 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, apresentados segundo média, frequência e percentual.....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

4ª CRS	4ª Coordenadoria Regional de Saúde
A1C	Hemoglobina Glicada
AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACIC	Avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas
APS	Atenção Primária à Saúde
CAC	Comissão de Acompanhamento de Contrato
CCM	Modelo da Atenção Crônica
CCSM	Centro de Ciências Sociais e Humanas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CDSS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSF	Equipe de Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hb	Hemoglobina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRSM	Hospital Regional de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	Federação Internacional de Diabetes
IMC	Índice de Massa Corporal
KP	Kaiser Permanente
LIACC	Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MPR	Modelo da Pirâmide de Riscos
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACIC	<i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i>
PAS	Planificação de Atenção à Saúde
PASA	Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNPS	Política Nacional de Prevenção da Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médica e Estatística
SISNEP	Informações sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>

SUS Sistema Único de Saúde  
UFSM Universidade Federal de Santa Maria  
Vigitel Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO .....	16
1.2	OBJETIVOS .....	18
1.2.1	Objetivo geral .....	18
1.2.2	Objetivos específicos .....	18
1.3	JUSTIFICATIVA .....	18
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO .....	19
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>21</b>
2.1	CONDIÇÕES DE SAÚDE .....	21
2.2	GESTÃO EM SAÚDE .....	23
2.2.1	Sistema Único de Saúde (SUS) .....	23
2.2.2	Redes de Atenção em Saúde (RAS) .....	25
2.3	MODELOS DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....	28
2.4	ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO SUS .....	33
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>38</b>
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	38
3.2	DEFINIÇÃO DA ÁREA/POPULAÇÃO .....	40
3.3	PROCEDIMENTOS E OPERACIONALIZAÇÃO PARA COLETA DOS DADOS ...	40
3.4	TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS .....	41
3.5	LIMITAÇÕES DO MÉTODO DE ESTUDO .....	44
3.6	SÍNTESE DOS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS .....	44
3.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	45
3.8	RISCOS E BENEFÍCIOS .....	46
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>47</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO OFERTADO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES DE ALTO E MUITO ALTO RISCO DO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA .....	47
4.2	ANÁLISE DE PERFIL CLÍNICO DO USÁRIOS .....	56
4.3	PERCEPÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE COM RELAÇÃO AO SERVIÇO OFERTADO PELO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO HRSM .....	63
4.4	PROPOSTAS DE AÇÕES QUE VISAM AO APERFEIÇOAMENTO DA GESTÃO DO CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE O SERVIÇO DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO .....	78
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>85</b>
	<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PERFIL DOS USUÁRIOS</b> .....	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS</b> .....	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	<b>106</b>
	<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>107</b>
	<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL</b> .....	<b>108</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema público de saúde brasileiro foi desenvolvido por necessidades estratégicas destinadas à saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Ainda, historicamente, a sistematização dos serviços de saúde foi construída por ações focadas em doenças específicas (SANTOS, 2018).

Nesse sentido, devido aos fracassos e à intensa insatisfação dos setores da sociedade, no final da década de 1970, eclodiu o Movimento da Reforma Sanitária na defesa da democratização da saúde e da reestruturação do sistema de serviços (PAIM, 2009). Um dos marcos dessa luta consistiu na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que serviu de base para as Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), as quais permitiram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o SUS representa uma legítima conquista do povo, garantido pela Constituição de 1988, artigo 196, a partir do qual a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado.

Apesar de grandes avanços desde a criação do SUS, o seu modelo hegemônico, com base na gestão da oferta, parece estar se esgotando, especialmente no que tange às doenças crônicas. A ineficiência desse modelo é evidenciada por inúmeros fatores, destacando-se a falta de coordenação e comunicação entre serviços e profissionais, com a presença de encaminhamentos desnecessários ou indevidos às unidades especializadas, os quais geram iatrogenias e aumento de custo em saúde (MENDES, 2015).

Um exemplo dessa situação é representado pela Atenção Primária em Saúde (APS), principal coordenadora do cuidado em saúde, que ainda possui grandes desafios em sua gestão e na organização dos fluxos de referência e contrarreferência que garantam a continuidade da assistência, principalmente no que se refere às doenças crônicas. Concomitante a isso, a atenção ambulatorial vigente está inserida em uma prática fragmentada, na qual os centros de especialidades médicas não operam com equipes multiprofissionais envolvidas na terapêutica interdisciplinar.

O cenário mundial e o cenário brasileiro, em especial, revelam um aumento acelerado das condições crônicas frente a uma rede de atenção à saúde fragilizada e desconexa. Segundo dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2019, a presença de diabéticos, hipertensos e obesos nas principais capitais brasileiras vem aumentando consideravelmente nos últimos 10 anos (BRASIL, 2020). Além disso, o prognóstico devido à mudança de hábitos e estilo de vida da população preocupa ainda mais.

Nesse sentido, Mendes (2015) propõe uma mudança no modelo de gestão da assistência à saúde, por meio do desenvolvimento de metodologias de cuidado efetivas que garantam a totalidade da assistência à saúde, tendo como norteador o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Esse novo modelo sugere a construção de uma rede de cuidados, em conjunto com a APS, conforme a estratificação de risco e por meio de tecnologias de gestão da clínica.

Para entender como esse novo modelo pode ser uma estratégia de enfrentamento eficaz às doenças crônicas, é necessário atentar-se ao panorama local. O cenário da organização de saúde no território do estado do Rio Grande do Sul (RS) está dividido em 30 regiões de saúde e 19 coordenadorias regionais de saúde (CRS). As regiões de saúde caracterizam-se por constituírem um agrupamento de municípios em um espaço geográfico, delimitado por características culturais, econômicas e sociais, a fim de integrarem a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Já as coordenadorias são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e de serviços em determinado território (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2016).

A 4ª CRS, com sede em Santa Maria, RS, representa 33 municípios e é dividida em duas regiões de saúde, denominadas Região 1 – Verdes Campos e Região 2 – Entre Rios. Uma das linhas prioritárias para essas regiões consiste no controle e manejo das condições crônicas, em especial, diabetes e hipertensão, principais causas de morbimortalidade no Brasil. Nesse cenário, com uma proposta inovadora em saúde, que busca provocar uma ruptura do modelo hegemônico e fortalecer a tão fragilizada Atenção Primária, implantou-se o primeiro Ambulatório de Atenção Especializada em Diabetes e Hipertensão de Alto e Muito Alto Risco, no Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) no ano de 2018.

No Brasil, esse novo modelo de atenção às condições crônicas tem sido utilizado como parte de experiências que inovaram os cuidados direcionados às condições crônicas no SUS, nas secretarias municipais de saúde de Curitiba e Diadema, no município de Santo Antônio do Monte (MG), e no Distrito Federal (DF). Logo, o MACC foi acolhido pelo Ministério da Saúde através do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022 (BRASIL, 2012).

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes – constituem importante problema de saúde pública no Brasil e

no mundo, uma vez que não apenas representam as principais causas de morte, como também causam mortalidade prematura, incapacidades, perda da qualidade de vida e sobrecarga no sistema de saúde (MALTA *et al.*, 2015; FID, 2020; WHO, 2020).

Os custos socioeconômicos associados às DCNT têm repercussão na economia dos países, sendo estimados custos de US\$ 7 trilhões, durante 2011-2025, em países de baixa e média renda (WHO, 2014).

Em 2015, a Assembleia das Nações Unidas aprovou os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Um desses objetivos é o de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Foi incluído o indicador “redução da probabilidade de morte prematura por DCNT em 30% até 2030”, dando continuidade ao compromisso já assumido pela Assembleia Mundial de Saúde até 2025 (ONU, 2015).

Contudo, há um predomínio dos agravantes das condições crônicas, ocasionado pela inconsistência entre os agravos à saúde e a resposta social de um sistema segmentado, que atua de forma episódica e reativa, voltado predominantemente para os eventos agudos. Esses sistemas segmentados têm falhado no manejo das condições crônicas, e, como consequência, os resultados são medidos em desfechos clínicos caóticos (MENDES, 2018; SBIBAE, 2020).

No Brasil, desde 2011, após a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a implementação das RAS tem sido proposta em torno de prioridades estabelecidas de acordo com diretrizes clínicas e linhas de cuidado voltadas às doenças crônicas e outras redes temáticas. Entretanto, como a base é fortemente teórica, não vem se mostrando de forma efetiva na prática. Em geral, observa-se dificuldade da constituição das RAS, bem como a articulação entre Atenção Primária em Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e o planejamento como ferramenta importante na estruturação (MENDES, 2011).

No cenário atual, com as inovações tecnológicas contínuas e a crescente complexidade dos sistemas de saúde, não há espaço para a manutenção de padrões arcaicos de gestão (BERNARDES, 2018). Nesse sentido, estratégias eficazes, efetivas e eficientes de transferência do conhecimento produzido, de modo que possam ser utilizadas em benefício da saúde da população, representam ações com vistas a outro olhar para a gestão do cuidado em saúde.

Estudos recentes apontam mudanças nas práticas político-gerenciais da esfera pública, pautadas em uma gestão em saúde com características de descentralização, provavelmente pelo fomento à mudança de modelo assistencial e reorientação da sua gestão (SANTOS *et al.*, 2020).

Diante disso, este estudo busca responder à seguinte proposição: quais são as características pertinentes à capacidade institucional voltadas às condições crônicas aplicadas no ambulatório de atenção ambulatorial especializada do Hospital Regional de Santa Maria-RS?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Verificar se a gestão do cuidado da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) está adequada ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MAAC) no Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes de Alto e Muito Alto Risco do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM).

### 1.2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o serviço ofertado aos usuários com hipertensão e diabetes do Ambulatório do Hospital Regional de Santa Maria;
- b) Identificar o perfil socioeconômico e clínico dos usuários atendidos no Ambulatório de Doenças Crônicas do Hospital Regional de Santa Maria;
- c) Analisar a percepção do serviço prestado referente à gestão do cuidado compartilhado produzido pelo serviço ambulatorial, na perspectiva dos agentes de saúde;
- d) Propor ações que visem aperfeiçoar a gestão do cuidado compartilhado entre o serviço de atenção ambulatorial especializada e a rede de atenção à saúde do usuário.

## 1.3 JUSTIFICATIVA

A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, destaca a necessidade do monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de saúde nos diferentes níveis de assistência (BRASIL, 2014). Assim, o foco deste trabalho está na avaliação e proposição de melhorias para o desenvolvimento da gestão do cuidado nesse novo modelo de atenção ambulatorial especializada, o qual foi constituído para quebrar paradigmas da assistência à saúde e para impactar positivamente nos indicadores de saúde do usuário portador de doenças crônicas.

A importância desta pesquisa em saúde constitui-se por seu valor na geração de conhecimento, a fim de interferir na captação de informações e na tomada de decisões, capazes de influenciar diretamente as políticas públicas de saúde e de gestão do cuidado da população de 33 municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul.

Este estudo diferencia-se de outros por avaliar um serviço de saúde com peculiaridades aos demais estabelecidos no estado. Esse serviço único é constituído por uma equipe que, além de possuir um caráter multiprofissional e perceptivas de trabalho interdisciplinar, está inserida em uma atenção especializada que busca uma gestão pactuada no modelo de rede de atenção à saúde e de atenção a condições crônicas proposto por Mendes (2015).

Ainda sob a ótica inovadora, o conceito de inovação em saúde de Costa, Gadelha e Maldonado (2012) apresenta a introdução e adoção de novas práticas, produtos, processos, programas e políticas desenvolvidas para atender a um problema real e que se destina a trazer benefícios significativos para indivíduos, grupos, sociedades e organizações, bastante similar à proposta do serviço avaliado por este estudo.

No SUS, há poucas experiências relevantes que operem em uma atenção ambulatorial inovadora. Destacam-se, nesse sentido, apenas quatro experiências bem-sucedidas: a do Centro Integrado de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais; do Centro Mais Vida, de Belo Horizonte; a vivência do município de Maringá, no Paraná; e a do município de Tauá, no Ceará (ANDRADE *et al.*, 2019; BRASIL, 2016; MENDES, 2019). No Rio Grande do Sul, ainda não há relatos na literatura científica que abordem iniciativas inovadoras e semelhantes e que possam orientar a implantação de serviços integrados de saúde, com foco na gestão do cuidado interdisciplinar.

Nesse sentido, este estudo vai ao encontro dessa definição, destacando o valor social da inovação, ou seja, além de apresentar uma nova abordagem de gestão em saúde, busca encontrar resultados positivos que são produzidos para os usuários e para a rede de atenção em saúde, servindo, dessa forma, de subsídio para políticas e ações em saúde, visando à maior eficiência e eficácia.

Ainda nessa perspectiva, em um cenário de forte restrição financeira, ações que visem à melhor otimização dos recursos são cada vez mais importantes, devendo objetivar a maximização das receitas e minimização de custos e ações que travem o Sistema de Saúde.

#### 1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este estudo está estruturado, além desta introdução, em mais quatro capítulos. No segundo capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica. No terceiro capítulo, são descritos os procedimentos metodológicos balizadores do estudo; posteriormente os resultados são discutidos e analisados. Por fim, apresentam-se as principais conclusões.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica deste estudo está distribuída em quatro tópicos, quais sejam: a) Condições de Saúde, que aborda as formas de manifestações das doenças e um panorama dos sistemas de atenção à saúde; b) Gestão em Saúde, com um breve histórico sobre o SUS e as Redes de Atenção em Saúde; c) Modelos de Atenção à Saúde, em que são descritos os modelos de atenção à saúde que deram origem à proposta de Atenção às Condições Crônicas para o SUS; d) no último tópico, aborda-se os conceitos e as características da Atenção Secundária Ambulatorial Especializada no SUS.

### 2.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Segundo Mendes (2018), o conceito clássico de condições de saúde, fortemente utilizado no campo dos estudos epidemiológicos, o qual divide as doenças em transmissíveis e em doenças crônicas não transmissíveis, não é suficiente para dar suporte à organização dos sistemas de atenção à saúde. Para tanto, o autor conceitua condições de saúde situações que se manifestam de forma mais ou menos constante na saúde das pessoas e que exigem respostas sociais oportunas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (MENDES, 2011).

Assim, a tipologia que melhor define as condições de saúde, amplamente utilizada nos sistemas de saúde, caracteriza-as em agudas e crônicas. As condições agudas são aquelas de curso curto, que surgem de forma pouco previsível e que podem ser controladas de modo reativo e episódico, mas integrado, exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde. Essas condições são categorizadas de três formas: doenças transmissíveis de curso curto, como a influenza, doenças inflamatórias e infecciosas, como apendicites e amigdalites, e os traumas e as condições gerais e inespecíficas que se manifestam de forma aguda, como febre e dores específicas (MENDES, 2018).

Já as condições crônicas são de existência longa ou permanente e exigem respostas e ações constantes, dinâmicas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade (MENDES, 2018). Além disso, caracterizam-se por serem multifatoriais e constituem o maior problema global de saúde, responsáveis por cerca de 70% das mortes no mundo, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (BRASIL, 2011; REIS, 2018).

Condição crônica, portanto, não é sinônimo de doença crônica não transmissível. No entanto, todas as doenças crônicas são condições crônicas, como a obesidade e as doenças transmissíveis de curso longo, como HIV/AIDS, entre outras (MENDES, 2018).

A transição epidemiológica em decorrência do envelhecimento populacional, que ocorre de modo acelerado nos países em desenvolvimento, especialmente no Brasil, aponta um maciço crescimento das condições crônicas, especialmente de hipertensão arterial sistêmica, obesidade e diabetes mellitus. Dados evidenciados por meio da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2019), promovida pelo Ministério da Saúde, apontam um aumento da hipertensão arterial sistêmica de 22,5% para 24,5%, entre 2006 e 2019 (BRASIL, 2019). Junto a isso, a prevalência do excesso de peso foi de 55,4% para 57,2% entre as duas últimas pesquisas (VIGITEL 2019, 2021) e a obesidade variou entre 15,4%, a 26,4%, nas principais capitais brasileiras (BRASIL, 2019, 2021).

Segundo dados da Federação Internacional de Diabetes (IDF), em 2019, mais de 463 milhões de adultos estavam acometidos por diabetes no mundo; já em 2021, em seu novo relatório, essa estimativa subiu para 537 milhões, um aumento de 16%. A expectativa é que haja um aumento de cerca de 46% até 2045 (IDF, 2019, 2021). Nesse sentido, a transição nutricional das últimas décadas, juntamente com o aumento da inatividade física, evidencia um maior desequilíbrio energético, contribuindo significativamente para o agravamento da obesidade e a conseqüente maior incidência e piora das condições crônicas relacionadas (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Malta *et al.* (2018) destacam, nesse sentido, as ações referentes à alimentação no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, que buscam estimular a adição de frutas, verduras e legumes, bem como o controle do uso de sal e a ingestão de alimentos ultraprocessados, a fim de deter o crescimento do índice de obesidade (BRASIL, 2021).

As doenças crônicas não apenas são responsáveis pelo maior índice de mortalidade, como também impactam nos níveis de morbidades relacionadas, uma vez que estão estreitamente associadas ao número de internações, pois estão inseridas entre as principais causas de amputações, perdas de mobilidade e sequelas neurológicas. Além disso, representam uma significativa perda da qualidade de vida, o que se agrava na medida em que a doença atinge sua progressão maior (BRASIL, 2014).

Com isso, o custo econômico das doenças crônicas é enorme, considerando que as pessoas portadoras possuem sua produtividade diminuída devido às agudizações e aos

manejos inadequados, impactando diretamente no aumento das despesas geradas pelo SUS ao serviço público de saúde, as quais podem ser melhor equacionadas através de modelos de saúde com maior eficiência, eficácia e efetividade.

Aleluia *et al.* (2017) discorrem que a prevalência das condições crônicas no Brasil tem demandado transformações dos serviços de saúde, a fim de promover melhor integração dos serviços de saúde, constituindo-se um expressivo desafio, tendo em vista que sua ocorrência vem crescendo de modo expressivo, sobretudo em países mais vulneráveis economicamente.

Sobre o olhar organizacional, com a descentralização do sistema público de saúde, gradualmente os municípios brasileiros passaram a se responsabilizar pela atenção à saúde de seus habitantes, estabelecendo uma importante mudança na perspectiva institucional, gerencial, política e financeira (PINTO; GIOVANELLA 2018).

No entanto, o modelo hegemônico de gestão praticado no SUS possui características centradas nas instituições prestadoras e não nos usuários. Seu foco principal está na oferta de serviços, desconsiderando o ponto fundamental representado pela necessidade da população usuária (MENDES, 2019).

Segundo Sá *et al.* (2016), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) aponta a necessidade de transversalidade da promoção da saúde na rede de atenção, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais e na integralidade do cuidado. Nesse sentido, o SUS possui grandes desafios em sua gestão, reorganização e qualificação dos serviços em saúde.

## 2.2 GESTÃO EM SAÚDE

### 2.2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS foi constituído como uma proposição de política pública que se consolidou e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e amparado na Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2019).

De acordo com o que está assegurado na Constituição Federal brasileira, as ações e os serviços de saúde possuem competência pública, logo, devem ser disponibilizados à população de modo regionalizado e hierarquizado, com atendimento integral, tanto em ações preventivas quanto assistenciais (BRASIL, 1988). Esse complexo sistema deve ser coordenado de modo descentralizado e com direção única em cada esfera de governo, com a

participação da comunidade no seu processo de desenvolvimento e implementação (BRASIL, 1990).

À vista disso, a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi elaborada para regulamentar o SUS, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, assim como constitui os níveis de complexidade crescente, podendo ser complementada por serviços de natureza privada, mediante a necessidade de garantir a plenitude de seus princípios (BRASIL, 1990).

Com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, outro marco na gestão do SUS, foi legitimada a participação da comunidade por meio de conselhos e conferências de saúde, espaços vitais para seu exercício de controle social. A referida lei também discorre sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde

No entanto, a necessidade de se avançar com a consolidação do acesso da população às ações e aos serviços de saúde de maior complexidade tornou-se um importante tema na agenda da gestão e regionalização dos serviços em saúde. Nesse sentido, o Decreto nº 7.508, publicado em 2011, regulamenta alguns aspectos da Lei nº 8.080/1990, incluindo a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. A determinação constitucional delibera quanto à formação do SUS:

O Sistema Único de Saúde deve ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada e que suas regiões de saúde devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de Atenção Primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, explicitando a complementariedade entre essas ações para garantir, minimamente, um cuidado integral em tempo oportuno (BRASIL, 2011, p. 1).

No panorama referente ao financiamento do SUS, apesar da legislação construída ao longo dos anos, os recursos financeiros para o Sistema têm sido insuficientes para dar suporte a um sistema público universal de qualidade (BRASIL, 2015).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicados em 2015, evidenciam que o Brasil despendeu em saúde 8,9% do produto interno bruto (PIB), valor que se aproxima dos de países desenvolvidos. No entanto, no ano de 2018, o gasto público brasileiro em saúde representou apenas 3,8% do PIB e 42,8% do gasto total em saúde, enquanto o gasto privado representou 5,1% do PIB e 56,5% do gasto total em saúde (WHO, 2018). Esses números indicam uma estrutura regressiva do gasto em saúde no Brasil e sinalizam para mudanças e fortalecimento de ações capazes de transformar o cenário atual a fim de evitar um colapso ainda maior nos sistemas da economia brasileira.

Como estratégia de superar lacunas assistenciais importantes e de transpor a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, surgem as Redes de Atenção em Saúde.

### **2.2.2 Redes de Atenção em Saúde (RAS)**

Segundo Mendes (2011), a implantação das Redes de Atenção em Saúde (RAS) convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e direciona para o estabelecimento de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, o que já é fruto exitoso de experiência em outros países.

Santos (2020) define e conceitua rede por meio de duas grandes matrizes, uma que considera seu aspecto, sua realidade material e outra em que é também levado em conta o dado social. A primeira, mais formal, retrata sua infraestrutura, permitindo o transporte de matéria, de energia ou de informação, inscrita em um território caracterizado pela topologia dos seus pontos de acesso ou terminais, seus arcos de transmissão e seus nós de bifurcação ou de comunicação. A segunda pode ser social e política, inscrita pelas pessoas, mensagens e valores que a frequentam. Assim, a despeito da materialidade, a rede também pode representar uma mera abstração.

Por Redes de Atenção à Saúde, define-se um conjunto de serviços de saúde organizados e vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, os quais permitem ofertar uma atenção contínua e integral para a população, coordenada pela atenção básica (MENDES, 2009).

Nos sistemas públicos de atenção à saúde da Europa Ocidental, as RAS têm sido introduzidas crescentemente. O estudo pioneiro foi o clássico Relatório Dawson (1920). Seus pontos essenciais, descritos por Mendes (2011), são: a integração da medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada centrada na Atenção Primária em Saúde, Atenção Secundária prestada em unidades ambulatoriais e Atenção Terciária nos hospitais.

No Brasil, apesar de a implantação das RAS ser recente, seu conceito é trabalhado desde a reforma sanitária, e traços de rede também podem ser identificados no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, o qual propõe ações integradas em saúde (BRASIL, 1988). Do mesmo modo, a Lei Orgânica da Saúde também remete à ideia de rede ao considerar que a integralidade da assistência pode ser entendida como um conjunto articulado das ações e dos

serviços. Na prática, existem relatos de uma evolução gradativa de sistemas organizados em redes de saúde (MENDES, 2011).

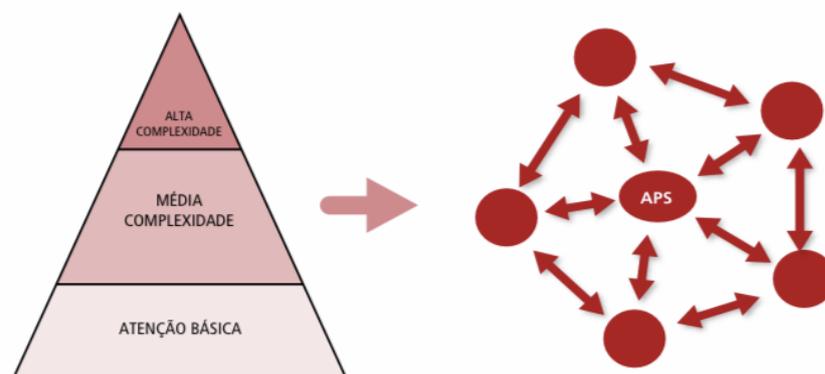
A partir de 2010, o Ministério da Saúde, pela Portaria nº 4.279, estabeleceu as diretrizes para organização das RAS no Brasil, definindo-as como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Esse movimento universal em busca da construção e consolidação das RAS está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde.

Mendes (2011) defende os fundamentos das RAS estruturados e ancorados na especificidade dos processos e descentralizados frente a outros setores sociais. Nessa lógica, os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por instrumentos de diferentes densidades tecnológicas, os quais devem ser alocados estrategicamente.

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela poliarquia, e o sistema está organizado sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal com diferentes densidades tecnológicas sem grau de importância. Ou seja, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, se diferenciam apenas pelas diferentes densidades tecnológicas (MENDES, 2011). Dessa forma, é possível romper com as relações verticalizadas, e as RAS assumem as responsabilidades econômicas e sanitárias com a população adscrita, a qual está vinculada à Atenção Primária em Saúde, principal ordenadora do cuidado, como representado na Figura 1.

Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011).

As RAS, segundo Mendes (2011, p. 88), são construídas por três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

O primeiro elemento das RAS é a população, configurando, dessa forma, a atenção à saúde com base populacional. A população de responsabilidade das RAS não representa a dos censos demográficos, mas aquela cadastrada e vinculada a uma unidade de APS. Essa população possui um território sanitário singular, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários (BRASIL, 2015)

O segundo elemento constitutivo das RAS, descrito por Mendes (2011), é a estrutura operacional, constituída pelos “nós” das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. A estrutura operacional das RAS tem cinco componentes:

O centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança (MENDES, 2011, p. 86).

A Figura 2 apresenta a estrutura operacional das redes de atenção à saúde, seus “nós” e ligações comunicantes, apontados pelo autor.



Fonte: Mendes (2011).

O modelo de atenção à saúde é o terceiro elemento constituinte fundamental da RAS, definido por Mendes (2011, p. 209) como:

Um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Em vista disso, as mudanças nos sistemas de atenção à saúde, para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde cada vez mais complexas impostas pelas condições crônicas, levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde.

### 2.3 MODELOS DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Evidências demonstram o esgotamento da gestão baseada na oferta, uma vez que esta não considera critérios populacionais, determinantes sociais da saúde, vínculo entre profissionais e usuários e comunicação entre serviços de saúde. Nesse sentido, Mendes (2007), a partir de experiências internacionais que abordam o Modelo da Determinação Social da Saúde – Modelo da Pirâmide de Risco e Modelo da Atenção Crônica –, propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o sistema de saúde brasileiro.

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS, 2010) reconhece os determinantes sociais da saúde como as circunstâncias com que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença, circunstâncias tais que são moldadas por “forças de ordem política, social e econômica” (CDSS, 2010). Esse conceito, tal como elaborado pela Comissão, foi inspirado no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), adotado no Brasil. A Figura 3 resume os pressupostos desse modelo.

Figura 3 – Modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead



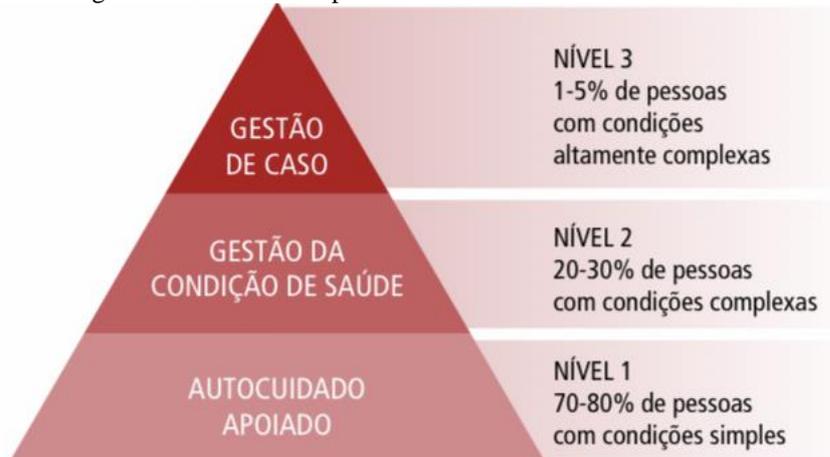
Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991) *apud* Mendes (2011, p. 248).

Nesse modelo, os determinantes sociais da saúde são abordados em diferentes camadas concêntricas, desde aquelas que expressam as características individuais, até as que incluem os macrodeterminantes do processo saúde-doença. Além disso, são destacadas as interações de estilo de vida individual, a rede social, a rede comunitária, as condições de vida e trabalho e as situações ambientais, culturais e socioeconômicas.

A articulação entre o modelo de atenção às condições crônicas (MACC), representado na Figura 5, com o modelo de determinação social da saúde, representado na Figura 3, ocorre nos níveis de atenção à saúde, que serão abordados a seguir.

Outro princípio de inspiração ao modelo brasileiro de atenção a condições crônicas, o modelo da pirâmide de risco permite a identificação de três níveis de intervenções, de acordo com a complexidade da condição crônica. Nessa apresentação, a organização das pessoas usuárias, segundo suas diferentes complexidades, orienta intervir em relação aos grupos de riscos e a utilizar mais racionalmente os recursos humanos, concentrando-os nos grupos de maiores riscos (BENGOA, 2008). Esse modelo está representado na Figura 4.

Figura 4 – O modelo da pirâmide de risco da Kaiser Permanente



Fonte: Bengoa (2008) *apud* Mendes (MENDES, 2011, p. 238).

Desenvolvido e aplicado por uma operadora de planos de saúde, a Kaiser Permanente, dos Estados Unidos, esse modelo sustenta-se fortemente na estratificação dos riscos da população, como observado na Figura 4 – distribuída em três níveis de complexidade de atenção à saúde. Isso, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e no cuidado profissional, por meio das tecnologias de gestão da clínica, da condição de saúde e da gestão de caso.

Por último, o modelo precursor e adaptado é o Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model* (CCM), desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, dos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. Esse modelo trata-se de uma resposta às situações de saúde com alta prevalência de condições crônicas e à falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições, nos Estados Unidos, fator motivador para seu desenvolvimento (MENDES, 2011).

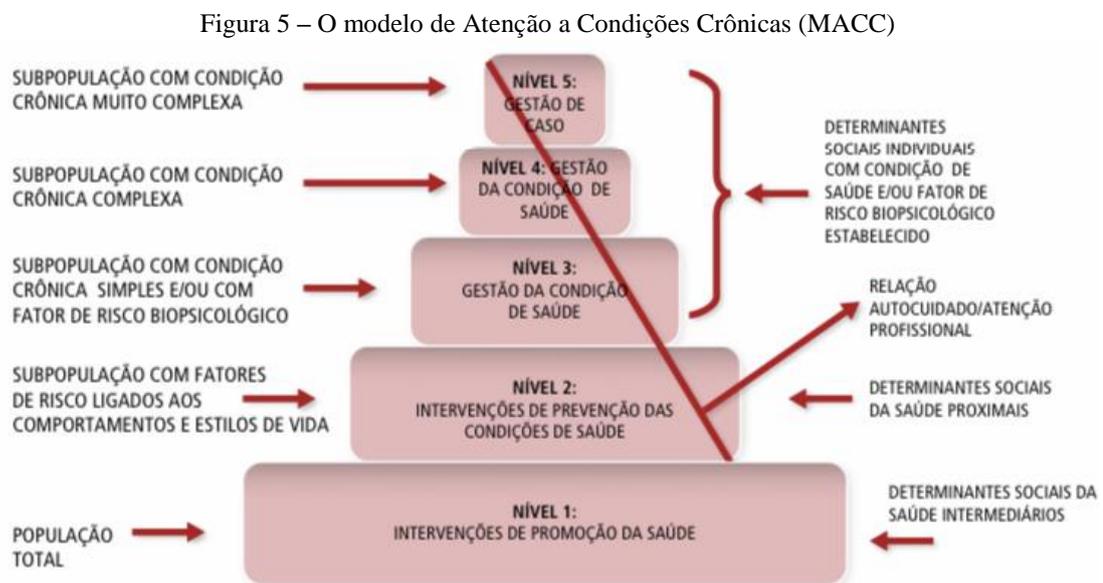
O CCM é composto de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na sua organização, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos dessa comunidade (MENDES, 2007).

As principais variáveis incorporadas no MACC, que derivam de evidências robustas produzidas pela avaliação do CCM, são:

Diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações por riscos; registro das

peças usuárias por condição de saúde e por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e *feedbacks* como funcionalidades dos prontuários eletrônicos; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção: oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados; atenção integral: oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos; plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica: gestão das condições de saúde e gestão de caso; coordenação da RAS pela APS; suporte especializado à APS; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários (MENDES, 2007).

Portanto, com base no modelo de determinação social da saúde, na pirâmide de risco, nos elementos do modelo da atenção crônica (CCM), nas relações que se estabelecem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos serviços de saúde e em função da singularidade do sistema público de atenção à saúde brasileiro, Mendes (2007) desenvolveu o modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no SUS, que foi denominado de modelo de atenção às condições crônicas (MACC). Esse modelo recolhe e acolhe todas as evidências produzidas pela validação empírica do modelo seminal de atenção crônica, o CCM, e está representado pela Figura 5, a seguir.



Fonte: Mendes (2011).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas está estruturado em cinco níveis e contém três elementos integrados: a população (à esquerda da Figura 5), os focos das intervenções de saúde (à direita da Figura 5) e os tipos de intervenções de saúde (no centro da Figura 5).

O modelo expresso apresenta espaços de determinação social de respostas sociais diferenciadas e convoca novas abordagens tecnológicas que sejam efetivas no processo de mudança de comportamento, tanto para o indivíduo, quanto para os profissionais e gestores em saúde.

O nível 1 é aplicado à toda população e prevê intervenções de promoção à saúde com foco nos determinantes sociais intermediários, por meio de ações intersetoriais que visem à melhoria habitacional, à geração de emprego e renda, ao acesso ao saneamento básico e à melhoria na educação e na infraestrutura pública. O nível 2 aplica-se a subgrupos de fatores de risco e prevê intervenções de prevenção das condições de saúde, com enfoque nos determinantes proximais da saúde, ligados ao comportamento e ao estilo de vida, por meio de ações voltadas ao tabagismo, à alimentação inadequada, à inatividade física, ao excesso de peso e ao uso excessivo de álcool. O nível 3 é destinado às ações de gestão da condição de saúde para indivíduos com condição crônica simples, com intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos, como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e depressão. O nível 4 engloba a gestão da condição de saúde para indivíduos com condição crônica complexa. Nesse nível, são recomendadas ações de autocuidado, apoio e cuidado profissional equilibrado e, devido à complexidade da condição crônica, recomenda-se que o indivíduo seja assistido pela equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) e por serviço especializado. O nível 5 prevê ações de gestão de caso para subpopulações com condição crônica muito complexa. A gestão de caso configura-se pela presença de um profissional de saúde que coordene a atenção à saúde que será prestada ao indivíduo nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde e nos sistemas de apoio. Nesse nível, há forte influência do cuidado profissional, e a presença do gestor de caso faz-se necessária.

O MACC tem sido implantado em algumas regiões de saúde por meio do projeto Planificação da Atenção à Saúde (PAS), com avanços de soluções práticas e inovadoras no cuidado das condições crônicas, essenciais para prestar um atendimento adequado, longitudinal e em rede (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

A aplicação do MACC destina-se à reestruturação da gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde e Atenção Secundária Ambulatorial. No âmbito da Atenção Secundária, esse novo modelo sugere a transição dos tradicionais centros de especialidades médicas, estruturados pelo modelo SILOS, para o modelo de Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA), também conhecido como Organização em Rede (BRASIL, 2016).

Essa nova gestão caracteriza-se pela substituição do cuidado com foco na doença para uma abordagem menos assistencial, supervisora, educadora e de pesquisa, que esteja inserida em um acesso regulado diretamente pela Atenção Primária e centrada no cuidado interdisciplinar e na comunicação em rede. Nesse sentido, a implantação de uma rede de sistemas integrados que se comuniquem entre si e respondam com qualidade, segurança e eficiência às condições de saúde da população brasileira representa uma estratégia de ruptura ao atual sistema fragmentado (MENDES, 2011).

Campos (1999) aponta que as equipes de referência devem funcionar com adscrição de clientela, garantindo um sistema de referência que valorize o vínculo entre profissionais e usuários. Já o apoio matricial especializado possui como objetivo alterar a tradicional noção de referência e contrarreferência vigente nos sistemas de saúde, instituindo uma relação interprofissional dialógica e democrática, com instrumentos de clínica ampliada que favoreçam projetos terapêuticos integrados, em que as responsabilidades da equipe matricial e de referência não sejam diluídas, mas compartilhadas e claramente definidas.

A seguir, aborda-se os conceitos e o histórico da Atenção Ambulatorial Especializada no SUS, bem como suas características vigentes.

## 2.4 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO SUS

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de seus conceitos e suas diretrizes, assegurados pela constituição, pressupõe a formação de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, com uma abordagem integral dos problemas de saúde da população de cada área. Ainda, inclui a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, controle de vetores e acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, o acesso da população historicamente deve ocorrer por meio dos serviços de nível primário de atenção, os quais precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que as pessoas usuárias demandam. Os que não forem resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais, caracterizados como nível secundário de atenção à saúde ou como nível terciário (atenção hospitalar). Essa engenharia organizacional difundida do sistema equivale à

pirâmide clássica, sobre a qual o modelo de hierarquização e regionalização do SUS foi originalmente concebido, como pode ser observado na Figura 6, a seguir (CHIORO DOS REIS; SCAFF, 1998).



Fonte: Solla e Chioro (2012).

Ao utilizar esse sistema, a organização da atenção básica no SUS tendia a manter padrões tecno-assistenciais típicos e, com isso, desenvolveu um comportamento assistencial peculiar, assimilando características de assistência médica e reafirmando uma abordagem voltada para a doença (dissociando o usuário de sua dimensão coletiva), caracterizada por um tipo de atenção “queixa/condução” (GONÇALVES, 1994). Nessa mesma lógica, os serviços especializados foram constituídos fundamentalmente representados pelo saber médico de especialistas, para atender a demanda das unidades da rede (básica), recebendo pacientes triados a partir de problemas específicos. Em vista disso, o papel atribuído aos serviços especializados foi, em grande medida, o de retaguarda técnica (MESQUITA; SILVEIRA, 1996).

A fim de redefinir o papel da rede de serviços de atenção especializada, é necessário reconhecer que a atenção básica possui função estratégica de coordenação do cuidado na Atenção Secundária e Atenção Terciária. Para isso, a rede de serviços de atenção básica deve ser extremamente capilarizada com unidades de pequeno porte, distribuídas o mais próximo possível do local de moradia e trabalho dos usuários, tendo, portanto, como sua principal característica, a descentralização (SOLLA; CHIORO, 2012).

No SUS, a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) é conhecida por várias denominações diferentes, como ambulatório de especialidades médicas, núcleo de especialidades da saúde, centro de referência especializada, policlínica, consórcio

intermunicipal de especialidade, entre outros, de acordo com o momento histórico e as estratégias de comunicação social adotadas pelos gestores públicos.

O Ministério da Saúde conceitua a AAE como o conjunto de ações e serviços que visam atender os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2004).

Numa perspectiva sistêmica, a atenção especializada independe de lugar para executar suas ações, porém requer estrutura organizacional suficiente para desempenhar um conjunto de ações de saúde de maior capacidade tecnológica.

Segundo Merhy (1997), os serviços de atenção especializada são espaços de saberes e fazeres profissionais, onde se concretiza o encontro das tecnologias leves e leves-duras, ofertadas sobre a infraestrutura tecnológica dura.

Conceitualmente, a assistência ambulatorial corresponde aos cuidados ou tratamentos prestados aos indivíduos cujas condições de saúde lhes permitem comparecer à consulta e retornar a sua casa, dispensando internação hospitalar (OECD; WHO; EUROSTAT, 2011).

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, define a Atenção Secundária como um dos componentes de sua estrutura operacional, caracterizando-a como uma prestação de serviços especializados, com densidade tecnológica intermediária, para apoiar e complementar os serviços da Atenção Primária à Saúde, no lugar e tempo certos.

Em 2015, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), no Debate “Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada”, iniciou um aprofundamento sobre a AAE no contexto das RAS. Os painelistas defenderam que a organização e qualificação da AAE passam por restabelecer o equilíbrio entre a demanda e oferta por atendimentos especializados, o que pode ser alcançado somente a partir de um novo modelo de atenção (BRASIL, 2016).

A atenção especializada detém grande autonomia de processo de trabalho, no entanto, ao não haver regulação do cuidado e da sua organização, desenvolve fortes características de desresponsabilização tanto em relação ao serviço, como dos profissionais envolvidos no cuidado com os usuários. Observa-se, na prática, o quão difícil é romper com o modelo hegemônico e redirecionar o enfoque, ainda nitidamente hospitalocêntrico, para a consecução de um sistema “rede basicocêntrico”, ou melhor, centrado nas necessidades dos sujeitos/usuários individuais e coletivos (MENDES, 2012; BRASIL, 2016; CARMO, 2017).

Nesse sentido, a AAE integra um significativo obstáculo no sistema de atenção à saúde em geral, especialmente no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2016).

A realidade brasileira apresenta uma Atenção Ambulatorial Especializada desenvolvida num modelo de SILOS, ou seja, uma organização de consultas especializadas desvinculadas dos exames complementares e demais terapias e serviços especializados em saúde. Com isso, a fragmentação existente dá origem a múltiplos agendamentos, atrasos significativos que interferem no diagnóstico e em tratamento precoce, resultando em perda da oportunidade terapêutica, interferindo no estágio clínico da doença e no prognóstico terapêutico (BRASIL, 2016).

No contexto atual, a organização e a qualificação da AAE passam, necessariamente, por restabelecer o equilíbrio entre a demanda e oferta de atendimentos especializados. Nesse sentido, o uso de instrumentos de apoio, como diretrizes clínicas, estratificação de riscos e o manejo adequado das condições crônicas, com a sua estabilização, superando o chamado “efeito velcro”, quando há uma vinculação definitiva dos usuários na AAE, independente da gravidade do seu quadro, constitui uma estratégia de ruptura do modelo tradicional (MENDES, 2012). Para tanto, é importante a superação da atenção ambulatorial fortemente baseada na consulta médica individual. Para isso, deve-se introduzir um atendimento multiprofissional interdisciplinar, com uso de novas ferramentas de gestão do cuidado. Com essa proposta, a AAE assume também um novo papel na RAS, compartilhando o conhecimento com a APS, por meio de interconsultoria, supervisão e educação permanente, construção coletiva e monitoramento de planos de cuidado (EVANGELISTA, 2016).

Mendes (2012) defende que a organização da AAE se assenta num novo modelo de atenção, construído a partir de evidências científicas, especialmente derivadas da teoria das RAS e dos modelos de atenção às condições crônicas, sustentado em dois pilares fundamentais: a coordenação do cuidado entre a AAE e a APS e a construção da AAE como um Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA) de uma RAS, coordenada pela APS.

À medida que as reflexões teóricas sobre a AAE vão avançando, surge um posicionamento inovador sobre a integração dos cuidados especializados com a APS. Esse modelo integrado aparece na literatura como cuidado compartilhado (KATES *et al.*, 2002; VINGILIS *et al.*, 2007; KELLY *et al.*, 2011; LYTHGOE; ABRAHAM, 2016; TESSER; POLI NETO, 2017), cuidado colaborativo (BOWER *et al.*, 2006), cuidado integrado (PORTER, 2007) ou matriciamento (CAMPOS, 1999). Essa concepção, ao fundamentar-se no conceito de rede, quebra o princípio da hierarquia tão presente nos documentos teóricos, legais e operacionais do SUS.



### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, expõe-se, de forma analítica, os procedimentos metodológicos utilizados para responder o problema de pesquisa e atender aos objetivos deste trabalho.

A seguir, apresenta-se o delineamento da pesquisa, com a exposição das características do estudo. Posteriormente, são descritos os mecanismos utilizados para a coleta e análise de dados, bem como as limitações deste estudo.

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O primeiro passo para se realizar uma pesquisa consiste na existência de um problema de pesquisa. A investigação desse problema proposto requer o uso do método de pesquisa. Segundo Richardson (2008), o método em pesquisa implica na escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos. Adotando uma classificação bastante ampla, é possível dizer que há dois grandes métodos: o quantitativo e o qualitativo. Esses métodos se diferenciam não apenas pela sistemática relacionada a cada um deles, mas principalmente pela forma de abordagem do problema de pesquisa. Dessa maneira, a escolha do método de pesquisa dependerá da natureza do problema, ou seja, do enfoque adotado diante do fenômeno que se procura explicar.

Nesse sentido, este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva e prescritiva, tendo como objetivo produzir conhecimentos científicos para a aplicação prática voltada à solução de problemas concretos e específicos (FONTELLES *et al.*, 2009). A pesquisa descritiva busca descrever as características relacionadas ao modelo de atenção à saúde aplicada no ambulatório de atenção especializada. Além disso, trabalha com o detalhamento do fenômeno, situações, contextos e eventos, ou seja, visa detalhar como estes se manifestam, buscando especificar as propriedades, os perfis de pessoas, grupos, comunidades, processos, objetos ou qualquer outra coisa que se submeta a uma análise (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013). Logo, também pode-se inferir que este estudo de pesquisa possui caráter descritivo, visto que proporciona maior contato com o tema (MALHOTRA, 2012; HAIR *et al.*, 2009). De acordo com Freire (2013, p. 56), a pesquisa descritiva “tem o objetivo de levantar as características conhecidas sobre elementos de análise para descrever em detalhes os componentes do fenômeno”. Segundo o autor, esse tipo de pesquisa pode ser feito na forma de levantamento ou observação sistemática do fenômeno escolhido. Marconi e Lakatos (2011) mostram que a pesquisa descritiva trabalha com quatro objetivos: descrever, registrar,

analisar e interpretar fatos ocorridos, tendo em vista a compreensão de sua forma de funcionamento.

Quanto aos procedimentos técnicos, este estudo insere-se no contexto de um estudo de caso único, o qual é aplicado com o objetivo de avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o fator humano está presente (GIL, 2002). O caso em análise é o Ambulatório de Atenção Especializada em Diabetes e Hipertensão de Alto e Muito Alto Risco do Hospital Regional de Santa Maria-RS, que possui uma proposta diferenciada de atenção contínua e compartilhada, dispondo de atendimento 100% SUS.

Ainda nessa perspectiva, o estudo pode ser classificado como de natureza observacional, exploratório a partir da análise documental e aplicação de questionário, em que o investigador atua como expectador dos fatos extraídos por meio de documentos e realiza uma análise comparativa das características e dados coletados. Além disso, possui uma abordagem qualitativa e quantitativa descritiva, ou seja, é o tipo de pesquisa apropriada para quem busca o entendimento de fenômenos complexos específicos, em profundidade, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, bem como para identificar características e variáveis que se relacionem com o fenômeno que é objeto de estudo da pesquisa, buscando estabelecer as relações entre os fatores envolvidos (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Minayo (2014) afirma que a pesquisa de ordem qualitativa responde a questões muito particulares, preocupando-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O método quantitativo baseia-se no emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando conseqüentemente uma margem de segurança em relação às inferências. É frequentemente aplicado nos estudos descritivos, naqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como nos que investigam a relação entre fenômenos (RICHARDSON, 2008).

### 3.2 DEFINIÇÃO DA ÁREA/POPULAÇÃO

O estudo foi desenvolvido junto ao Hospital Regional de Santa Maria-RS, mais precisamente no seu Ambulatório de Atenção Especializada em Diabetes e Hipertensão de Alto e Muito Alto Risco. A sua população alvo compreende membros da equipe multiprofissional e as pessoas usuárias do serviço. Todos os profissionais que atuam diretamente e indiretamente junto aos usuários foram convidados a participar da pesquisa, tais como: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, cardiologista, endocrinologistas, oftalmologistas, nefrologistas, assistente sociais, psicólogos, cirurgião vascular, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem e técnicos administrativos. O público que acessa o serviço é constituído por uma população estratificada pelas unidades de atenção primária em saúde as quais compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), abrangendo 33 municípios. Considerando a amplitude dessa população, optou-se por delimitar a caracterização da amostra do perfil dos usuários, referente a todos àqueles que acessaram o serviço ambulatorial pela primeira vez no período de um ano.

### 3.3 PROCEDIMENTOS E OPERACIONALIZAÇÃO PARA COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada a partir de múltiplos procedimentos, tais como análise documental, prontuários e questionário estruturado. Para a análise de perfil dos usuários, foi elaborado um instrumento de coleta de dados (Apêndice A) a partir de variáveis independentes e dependentes, coletados por conveniência, de modo transversal. A fim de caracterizar essas pessoas usuárias, foram extraídas informações de prontuários do sistema eletrônico do Hospital Regional de Santa Maria, setor ambulatorial, no período de 1º de setembro de 2020 a 1º de setembro de 2021. Os meses de março a agosto de 2020 não fizeram parte da pesquisa, devido ao impacto negativo no número de acessos ao serviço em decorrência da pandemia de Coronavírus, a qual alterou os procedimentos e ações ambulatoriais.

Ressalta-se que todos os atendimentos realizados foram registrados no sistema de prontuário eletrônico MV 2000<sup>1</sup>, a partir do qual foram extraídos os dados de perfil que

---

<sup>1</sup> Sistema de gestão hospitalar utilizado pela instituição, com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma. Reúne todas as informações e histórico do paciente em um prontuário eletrônico único. O sistema integra todos os setores do hospital, facilitando o fluxo de trabalho dos profissionais. Além disso, garante a maximização, segurança das informações e mantém protocolos de confidencialidade. Disponível em: <https://mv.com.br/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

atendiam os objetivos específicos do estudo. Esse sistema de gestão eletrônico foi plenamente implantado a partir do segundo semestre de 2019, o qual permite o fluxo de informações entre todos os setores do ambulatório, unificando processos e informações pertinentes aos usuários. Além dos registros eletrônicos, todas as informações e evoluções também são impressas e arquivadas no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) do hospital; portanto, informações documentais também foram coletadas dos prontuários físicos, com o objetivo de atender aos pressupostos da pesquisa.

Também foi utilizado um questionário estruturado, adaptado a partir do instrumento denominado Assessment of Chronic Illness Care (ACIC), ou Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas, na sua tradução para o português. Tal instrumento é composto por sete blocos, com um total de 33 questões, aplicado de modo individual e presencial.

Na seção seguinte, são esboçados os procedimentos para análise de dados.

### 3.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta de dados, a fase seguinte da pesquisa foi a de análise e interpretação. Esses dois processos, apesar de serem conceitualmente distintos, aparecem sempre estreitamente relacionados. A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (GIL, 2008, p. 156).

A análise dos dados foi desenvolvida em duas etapas: a primeira parte, classificada como quantitativa, na qual foram abordadas técnicas de análise específicas, e a segunda parte, qualitativa, em que houve a análise de conteúdo.

Os dados quantitativos foram organizados, codificados e processados com auxílio de planilha de banco de dados Excel do *software* Microsoft Office, e do *software* Statistical Package for the Social Science (SPSS®), para a realização dos testes estatísticos. Após isso, foi realizada a análise estatística descritiva multivariada, com o intuito de caracterizar a amostra, para criar um delineamento de um panorama global do perfil dos respondentes da pesquisa e para compreender melhor o comportamento, as opiniões e as atitudes dos indivíduos no que diz respeito aos fatores investigados<sup>2</sup>. As variáveis categóricas foram

---

<sup>2</sup> Para uma análise com maior acuidade sobre os procedimentos e testes estáticos a serem utilizados, conferir Coronel *et al.* (2013) e Vieira (2018).

descritas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Além da análise de frequências, foi utilizado a medida de tendência central, denominada média e desvio-padrão.

O Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) foi o instrumento utilizado como base para aplicação do questionário, e teve como objetivo identificar a percepção de todos os agentes de saúde quanto ao serviço e às condutas aderentes ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). O MACC adaptado é utilizado como referência para a condução de estratégias do ambulatório de crônicos do HRSM, o qual busca qualificação a atenção às condições crônicas a partir de elementos norteadores, quais sejam: organização da atenção, o desenho do sistema de prestação de serviços, o apoio às decisões, o sistema de informação clínica, o autocuidado apoiado, além da articulação com os recursos da comunidade.

Para avaliar e monitorar a implementação do MAAC, os idealizadores do MacColl Institute for HealthCare Innovation propuseram o ACIC, vinculado aos princípios que orientam os sistemas de atenção à saúde. Esse instrumento foi identificado como importante indicador de avaliação e implementação do MACC na experiência de outro serviço de saúde (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2013).

Considerando sua relevância, a versão original, em inglês, foi conduzida por um processo sistemático de validação transcultural, que permitisse incorporá-lo como medida confiável de avaliação para o objetivo de estudo. Internacionalmente, o instrumento ACIC tem sido adaptado semântica e culturalmente por diversos grupos interessados em sua utilização como ferramenta de suporte para o diagnóstico, a adequação, o monitoramento e a avaliação de modelos de atenção às condições crônicas apoiadas no Chronic Care Model, proposto pelo MacColl Institute for Health Care Innovation. Traduções sistemáticas já foram feitas para o alemão, finlandês, francês, espanhol, tailandês e português, entre outras línguas (ARAGONES *et al.*, 2008; WENSING *et al.*, 2008; STEINHAUSER *et al.*, 2011; STEURER-STEY *et al.*, 2012; MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2013).

O ACIC permite a avaliação, pelos profissionais, da capacidade institucional local, para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas e, assim, apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade, nos serviços e na relação com as pessoas usuárias. Esse instrumento, construído com base em evidências, é composto por sete elementos-chave, vinculados aos requisitos para o desenvolvimento do modelo de atenção e a integração de seus componentes (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2013). Para melhor apresentação, avaliação e interpretação dos resultados, o instrumento foi adaptado para uma escala nominal, em que os profissionais apontaram um valor de 1 a 5 para as

questões que melhor descrevem o nível de atenção praticado na instituição em análise, em relação às condições crônicas (Apêndice B). A menor pontuação possível (1) corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados, enquanto a maior pontuação (5) indica recursos e dimensões ótimos para atenção às condições crônicas.

O Quadro 1, a seguir, apresenta as dimensões avaliadas e a interpretação dos resultados do ACIC.

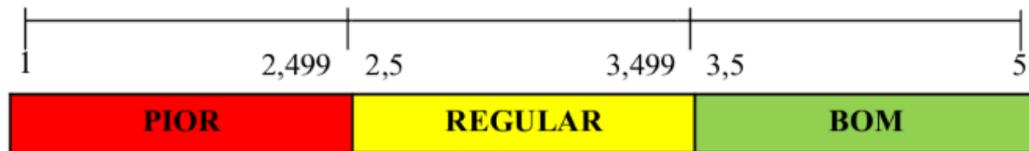
Quadro 1 – Dimensões e interpretação de resultados do instrumento ACIC

<b>Dimensões</b>	<b>Conceito</b>
Parte 1: Organização da atenção à saúde	A atenção às condições crônicas pode ser mais efetiva se todo o sistema (organização, instituição), no qual a atenção é prestada, esteja orientado e permita maior ênfase no cuidado às condições crônicas
Parte 2: Articulação com a comunidade	A articulação entre o sistema de saúde (instituições/unidades básicas de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/manejo de condições crônicas.
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 os sintomas da doença.
Parte 4: Suporte à decisão	O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consultas a especialistas, educadores em saúde, e envolvimento dos usuários, de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.
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
Parte 6: Sistema de Informação Clínica	Informação 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
Parte 7: Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos terapêuticos dos pacientes (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias etc.)

Fonte: Moysés, Silveira Filho e Moysés (2013).

As percepções obtidas por meio do instrumento aplicado foram analisadas e expostas em uma escala de pontuação com variação de 1 a 5, dividida por categorias de médias, de acordo com a Figura 7.

Figura 7 – Escala da distribuição de média segundo categorias de análise



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Desse modo, a média de cada componente das sete dimensões analisadas foi qualificada e transposta em uma escala composta por três categorias, denominadas “pior”, “regular” e “bom”. Por conseguinte, a variação de menor média (1 a 2,499) foi classificada “pior”, representando um local com recursos e estrutura limitado, a variação de valores intermediários (2,5 a 3,499) foi denominada “regular”, ao passo que o intervalo de maior média (3,5 a 5), foi denominado “bom”, simbolizando um serviço que mais se aproxima ao modelo ótimo de atenção às condições crônicas.

A seção seguinte apresenta as principais críticas e objeções aos procedimentos metodológicos utilizados.

### 3.5 LIMITAÇÕES DO MÉTODO DE ESTUDO

Como limitações ao estudo, pode-se afirmar que a pesquisa está concentrada em um caso específico, circunscrito e limitado, o qual, portanto, não poderá ser generalizado, devido à sua especificidade e seu caráter irrepetível (único). Ainda, a abordagem, predominantemente qualitativa, possui algumas limitações, por citar o fato social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, sem considerar os seus aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas (FONTELLES *et al.*, 2009). No entanto, sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito tornam-no apto para descobrir novos nexos e explicar significados (CORONEL *et al.*, 2013).

Em verdade, todos os métodos possuem limitações e requerem um conjunto de regras e procedimentos que buscam controlar sua sensibilidade e cientificidade.

### 3.6 SÍNTESE DOS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

No Quadro 2, a seguir, apresenta resumidamente os procedimentos utilizados para atingir os objetivos específicos.

Quadro 2 – Resumo dos procedimentos metodológicos utilizados, conforme objetivos estabelecidos

<b>Procedimentos</b>	<b>Técnicas de análise</b>	<b>Objetivos específicos</b>
Análise documental	Análise de conteúdo	Caracterizar o serviço ofertado aos usuários com hipertensão e diabetes do Ambulatório do Hospital Regional de Santa Maria
Estatística Descritiva	Frequência: absoluta (n) e relativa (%) Média Desvio-padrão	Identificar o perfil socioeconômico e clínico dos usuários atendidos no Ambulatório de Atenção Especializada do Hospital Regional de Santa Maria
Questionário estruturado	Frequências: absoluta (n) e relativa (%) Média	Analisar a percepção do serviço referente à gestão do cuidado compartilhado, produzido pelo serviço ambulatorial, na perspectiva dos agentes de saúde
Questionário estruturado	Análise de conteúdo 5W2H	Propor ações que visem aperfeiçoar a gestão do cuidado compartilhado entre o serviço de atenção ambulatorial especializada e a rede de atenção à saúde do usuário

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Na seção seguinte, apresenta-se os procedimentos éticos da pesquisa.

### 3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH), através do Portal de Projetos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Após esse procedimento, o projeto foi submetido ao Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP), que tem por principal preocupação a proteção dos direitos dos sujeitos da pesquisa. A submissão ao SISNEP ocorreu via o site Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos. Após a submissão, o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSM e aprovado sob o número CAAE 55159321.9.0000.5346. Somente após o cumprimento de todos os trâmites e com a aprovação do projeto, foi dado início ao processo de levantamento dos dados.

Cumprindo com as exigências impostas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi entregue junto ao questionário, o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (Apêndice D). Participaram da pesquisa apenas os sujeitos que, após a leitura do termo, concordaram, de forma livre e esclarecida, a responder a pesquisa. Conforme a Resolução, o Termo de Consentimento garante, entre outras coisas, o esclarecimento, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia utilizada; a liberdade para desistir de participar da pesquisa, em qualquer uma das etapas, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo; indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa; e sigilo quanto aos dados divulgados, a fim de manter a privacidade do respondente.

A privacidade dos respondentes e a garantia de utilização dos dados é única e exclusivamente para execução deste estudo, sendo asseguradas mediante o Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (Apêndice C), o qual foi assinado pela coordenadora da pesquisa. Além disso, também foram cumpridos os procedimentos éticos exigidos pelo Hospital Regional de Santa Maria e foi obtida a autorização institucional do local em estudo (Anexo A).

### 3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

É possível que o participante tenha manifestado algum desconforto ao responder as perguntas. Caso tenha ocorrido algum incomodo ou constrangimento, a liberdade de não responder a algumas das questões ou desistir de participar a qualquer momento foi assegurada. Além disso, as informações fornecidas possuem sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados forem divulgados.

Como benefícios, este estudo busca trazer maior conhecimento sobre o tema abordado, permitindo compreender o modelo de serviço ofertado aos usuários portadores de hipertensão e diabetes do ambulatório de atenção especializada do HRSM, bem como identificar melhorias para o local estudado.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se a análise e discussão dos resultados encontrados. Para isso, buscou-se responder ao problema de pesquisa, com o atendimento aos objetivos do estudo. Na primeira parte, apresenta-se a caracterização do serviço ofertado aos usuários portadores de hipertensão e diabetes do ambulatório do HRSM. Na sequência, faz-se análise e descrição do perfil socioeconômico e clínico desses usuários. A terceira parte traz a percepção dos agentes de saúde com relação ao serviço ofertado pelo ambulatório de atenção especializada. Por último, apresenta-se propostas de aperfeiçoamento à gestão do cuidado compartilhado entre o serviço de atenção ambulatorial especializada e a rede de atenção à saúde do usuário.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO OFERTADO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES DE ALTO E MUITO ALTO RISCO DO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA.

O estado do Rio Grande do Sul (RS), ao aderir à Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no ano de 2015, percebeu a necessidade de orientar o diagnóstico da população com condições crônicas a partir da estratificação de risco no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) para usuários com diagnóstico de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). O desconhecimento da população nos estratos de risco acarreta um acompanhamento inadequado por parte das equipes da APS, gerando um desequilíbrio no grau de atenção que cada pessoa necessita. Além desses fatores, muitos exames e encaminhamentos à atenção especializada são realizados sem observar critérios mínimos (EVANGELISTA, 2016; MENDES, 2019; LINS, 2020).

Em vista disso, em 2018 o estado, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, estabeleceu contrato com a Fundação Universitária de Cardiologia, no Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), para execução de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

O HRSM insere-se como um ator da saúde no contexto da cidade de Santa Maria e região, iniciando sua trajetória com uma proposta inovadora, que busca provocar uma ruptura do modelo hegemônico e fortalecer a tão fragilizada Atenção Primária em Saúde. Nesse

contexto, surgiu a implantação do primeiro Ambulatório de Atenção Especializada em Diabetes e Hipertensão de Alto e Muito Alto Risco no HRSM em 6 de julho de 2018.

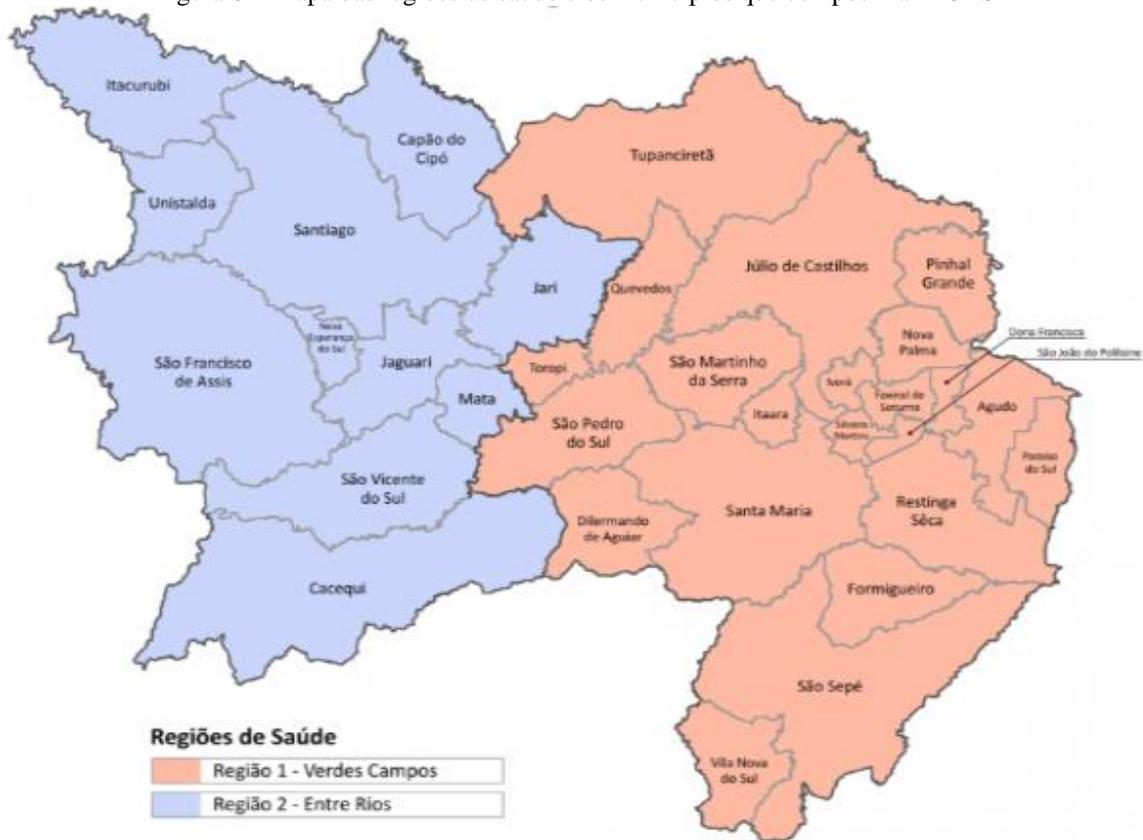
A partir das Notas Técnicas de Atenção ao Indivíduo Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, publicadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RS), foram determinados os critérios para estratificação de risco, a partir da Atenção Primária em Saúde de cada município. Participaram da elaboração e revisão das Notas os especialistas em saúde da Coordenação Estadual da Atenção Básica do RS (AB/RS), com discussão no Grupo Condutor das Condições Crônicas da Secretaria Estadual de Saúde, e posteriormente as notas foram enviadas para validação no núcleo de Telessaúde/RS. Após sua aprovação e publicação, como Resoluções CIB (302 e 303/2018), houve ampla divulgação via e-mail e página eletrônica da AB/RS para todas as coordenadorias regionais de saúde. As notas técnicas oferecem suporte para a tomada de decisão das equipes na assistência a essas populações, qualificando a atenção prestada nos serviços de saúde (LINS, 2020), e constituem instrumento importante de referência à atenção ambulatorial do HRSM.

Desse modo, a população que caracteriza o perfil dos usuários que acessam o serviço do Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes de Alto e Muito Alto Risco do HRSM é regida e estratificada pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), que abrange 33 municípios. A estratificação de risco da população pela Atenção Primária em Saúde (APS), com o uso de ferramentas de gestão da clínica, permite o direcionamento da atenção às condições menos complexas, centradas na APS, e o referenciamento à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) somente de condições crônicas de alto e muito alto risco, porém, mantendo-se o vínculo e o acompanhamento pela APS (CONASS, 2016).

Ainda nessa perspectiva, o Termo de Referência elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, publicado em 2018, traz as diretrizes assistenciais, terapêuticas e operacionais do Ambulatório de Especialidade em Hipertensão e Diabetes Mellitus, bem como dados específicos da população-chave para as regiões de Saúde 1 e 2 (SES/RS, 2018).

A 4ª CRS, com sede em Santa Maria, RS, é dividida em duas regiões de saúde denominadas: Região 1 – Verdes Campos; Região 2 – Entre Rios. Na Figura 8, a seguir, é possível observar as regiões de saúde e seus municípios.

Figura 8 – Mapa das regiões de saúde e os municípios que compõem a 4ª CRS



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2022)

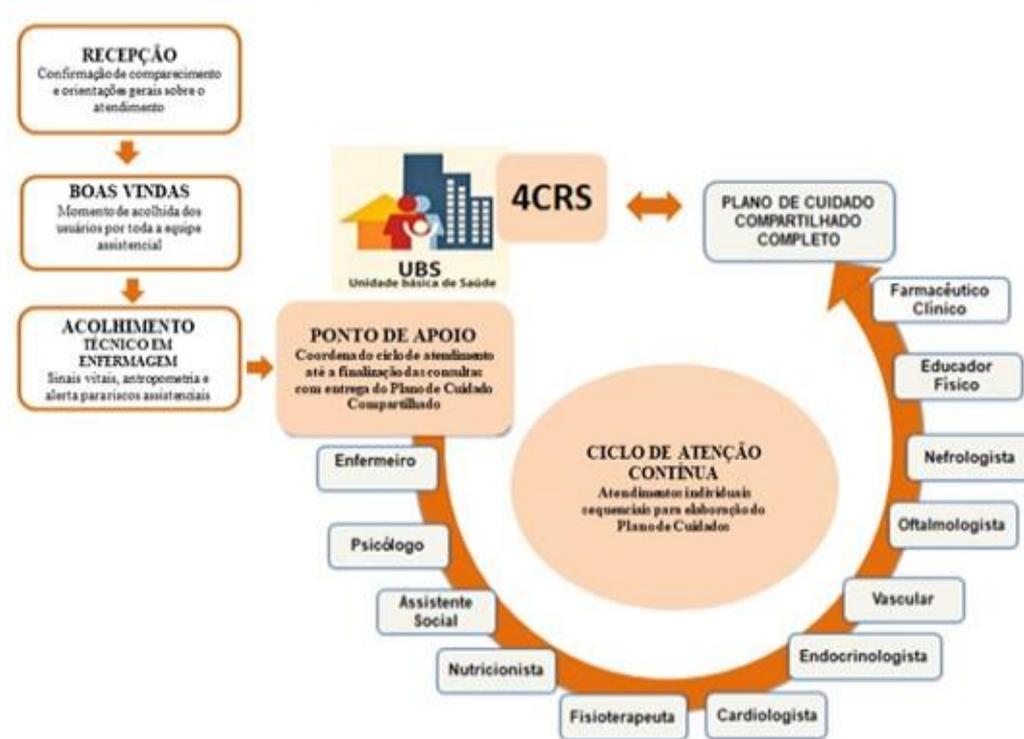
Os 33 municípios que pertencem à 4ª CRS são: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Itacurubi, Ivorá, Jaguarí, Jari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paráíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Tupanciretã, Unistalda e Vila Nova do Sul. Uma das linhas prioritárias para essas regiões consiste no controle e manejo das condições crônicas, em especial, diabetes e hipertensão, principais causas de morbimortalidade no Brasil (SES/RS, 2016).

Após estabelecer-se a estratificação em cada município pela atenção primária, os usuários são agendados para o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE). No ambulatório, foi estabelecido um Ciclo de Atenção Contínua para o atendimento das pessoas

usuárias do serviço. O atendimento ocorre de modo individual e sequencial, com elaboração de um plano de cuidado para cada usuário.

O circuito de atendimento do usuário no serviço de Atenção Ambulatorial está representado na Figura 9, a seguir.

Figura 9 – Circuito de atendimento do usuário no serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em Hipertensão e Diabetes de Alto e Muito Alto Risco do HRSM



Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022).

Primeiramente, o usuário, ao chegar no serviço, realiza a confirmação de comparecimento e recebe as primeiras orientações sobre o atendimento pela equipe de técnicos administrativos na recepção do ambulatório de atenção especializada. Logo após, ocorre um procedimento operacional denominado de “Boa Vindas”, que se destina a acolher os usuários por toda a equipe de saúde, com a apresentação do ciclo de atendimento, dos objetivos do ambulatório e de informações pertinentes sobre o serviço prestado de atenção contínua ao usuário.

Em seguida, cada usuário é direcionado individualmente à sala de Acolhimento. Nesse espaço, realiza-se a verificação dos sinais vitais, antropometria e identificação dos riscos assistenciais por um profissional técnico em enfermagem. Destaca-se que todas as ações seguem os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que orientam a sua execução em cada

ponto do circuito de atenção contínua, estando disponíveis aos profissionais por meio eletrônico.

Na sequência, o Ponto de Apoio assume o ciclo de atendimentos, tendo por objetivo ser um ponto central na continuidade do cuidado durante a permanência do usuário no ambulatório. Nesse sentido, a figura do profissional enfermeiro possui como responsabilidade a coordenação do ciclo de atendimentos e direcionamento do usuário em sua linha de cuidado, até a finalização das consultas e entrega do plano de cuidado completo formulado pela equipe assistencial.

No ciclo de atenção contínua, os atendimentos clínicos são realizados de forma individual e sequencial pela equipe multiprofissional. A equipe assistencial de saúde do ambulatório é composta por 12 especialidades (endocrinologista, cardiologista, cirurgião vascular, nefrologista, oftalmologista, farmacêutico clínico, nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico, fisioterapeuta e enfermeiro), que realizam atendimentos individuais e buscam interagir para a elaboração de um plano de cuidado com metas terapêuticas entregues ao usuário no final de cada consulta. A equipe e a organização da assistência são determinadas pelo Termo de Referência Padrão, Diretrizes Assistenciais e Terapêuticas para a Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes Mellitus, de caráter ambulatorial.

A gestão do cuidado é definida como um processo pactuado entre dois ou mais participantes, inseridos na atenção ao usuário, com o objetivo de desenvolver um serviço eficiente, eficaz e de qualidade (BRASIL, 2016). Logo, a coordenação de um plano de cuidado pode ser aplicada em diferentes dimensões, na perspectiva abordada com foco no usuário e na relação entre AAE e Atenção Primária – premissa que está sendo construída no ambulatório, objeto desse estudo, tendo em vista a implantação do Plano de Cuidado Compartilhado, instrumento de comunicação entre os serviços de saúde, profissionais e usuário.

Diante de uma condição crônica, os antigos mecanismos de atenção à saúde precisam dar lugar a metodologias proativas, nas quais os profissionais da saúde, dos diferentes níveis de atenção, dividam com o usuário a responsabilidade pelo sucesso do seu tratamento (CAMPOS, 1999; COSTA; GADELHA; MALDONADO, 2012; CARMO, 2017).

Nesse sentido, a elaboração de um plano de cuidado para cada usuário representa o ponto balizador para o manejo da gestão das condições crônicas de saúde. Para Mendes (2012), essa tecnologia envolve metas pactuadas entre o usuário, a equipe de saúde e os serviços de saúde, evidenciando elementos fundamentais para a participação ativa do usuário, como o centro de atenção à sua saúde. Em vista disso, também é possível evidenciar que o

ciclo de atendimento aos usuários no AAE do HRSM aproxima-se muito da proposta do autor.

Ainda, as metas terapêuticas, elaboradas individualmente, possuem como objetivo orientar a gestão do cuidado compartilhado e são traçadas especificamente para o portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, conforme as diretrizes brasileiras de hipertensão e diabetes (MALACHIAS *et al.*, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Esse método visa à distribuição de tarefas entre a equipe multiprofissional, rompendo assim com a perspectiva uniprofissional centrada no médico. Com isso, cada membro da equipe possui sua importância na prestação do melhor serviço, no lugar adequado e no tempo certo (BRASIL, 2016). Com essa proposta, a AAE assume também um novo papel na RAS, compartilhando o conhecimento com a APS por meio de interconsultoria, supervisão e educação permanente, construção coletiva e monitoramento de planos de cuidado (EVANGELISTA, 2016), preceitos estes que regem a atenção em saúde prestada no ambulatório, objeto deste estudo.

No Ambulatório de Atenção Especializada do HRSM também são marcados e realizados diversos exames. Alguns são disponibilizados no local e outros são contratados em empresas da rede privada, de acordo com a complexidade envolvida e necessidade de cada usuário. No Quadro 3, a seguir, é possível observar a descrição dos exames realizados no ambulatório e dos exames agendados, porém realizados em outros serviços do município de Santa Maria.

Quadro 3 – Descritivo dos exames realizados pelo Ambulatório de Atenção Especializada

<b>Exames realizados pelo Ambulatório de Atenção Especializada</b>
<b>Cardiologia e Clínica Média</b>
Ecocardiograma de Estresse físico*
Ecocardiograma Transesofágica*
Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)
Ecocardiograma Transtorácica
Ecodoppler (carótidas, MMII, aorta abdominal, artérias renais, aorta e seus ramos)
Eletrocardiograma – ECG
Exames de Radiologia
Teste Ergométrico
Tomografias sem contraste
Monitoramento Holter 24hs

Exames de Laboratório
Ultrassonografia*
<b>Oftalmologia</b>
Biomicroscopia de Fundo de Olho
Curva Diária de Pressão Ocular
Fundoscopia
Potencial de Acuidade Visual
Retinografia Colorida Binuclear
Tanometria

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022).

Nota\*: exames realizados em serviços externos ao AAE.

Os parâmetros de frequência e periodicidade que orientam o agendamento de atendimentos no Ambulatório de Atenção Especializada dependem da avaliação clínica e a situação de estabilidade ou instabilidade clínica do usuário.

O Ambulatório de Atenção Especializada, de acordo com o Termo de Referência Padrão, além da função assistencial, deve cumprir mais três funções essenciais: educacional, supervisonal e de pesquisa. A função assistencial, já descrita anteriormente, é desempenhada por uma equipe multiprofissional, que busca atuar de maneira interdisciplinar e especializada no manejo clínico dos usuários (SES/RS, 2018). A função educacional e a supervisonal são fundamentais para a integração das equipes da AAE e APS. Para desempenhar tal atividade, as equipes devem conhecer a tecnologia da gestão da condição de saúde, a qual o MACC propõe, nos seus níveis 3 e 4, como resposta às subpopulações com condições crônicas simples (baixo e médio risco) ou complexas (alto e muito alto risco) (MENDES, 2011). Essa tecnologia é especialmente indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo e em diferentes pontos de atenção de uma RAS, propondo a gestão de uma determinada condição de saúde já estabelecida, por meio de um conjunto de ações gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde (SES/RS, 2018).

Partindo desse pressuposto, em setembro de 2018, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), por intermédio de seus tutores e facilitadores, iniciou o processo de capacitação dos profissionais da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), dentro da proposta da Planificação da Atenção à Saúde e operacionalização do MACC. As tutorias, a partir de então, ocorrem de forma periódica presencialmente e de modo síncrono. Possuem como público alvo a equipe assistencial da AAE, o coordenador assistencial da AAE,

assistentes administrativos (recepcionista/agendamento), técnicos da SESA (nível central) e técnicos da Regional responsáveis pela APS e AAE.

A metodologia empregada está baseada em técnicas de metodologia ativa, que são estratégias em que o educando aparece como protagonista principal. O tutor, nesses casos, apresenta-se como um facilitador das experiências vivenciadas no processo de aprendizagem. (PEREIRA, 2003). Estas são ferramentas didáticas inovadoras para formação de um profissional crítico-reflexivo. Ainda nessa perspectiva, esses mesmos profissionais darão continuidade a ações semelhantes na sua realidade (ALVES *et al.*, 2017). Didaticamente, são utilizadas estratégias para a compreensão da operacionalização da aplicação do MACC na organização da AAE, tais como rodas de conversa entre os participantes, exposição dialogada, textos de apoio, estudos de caso, atividades em grupo, entre outras.

O monitoramento e a avaliação dos recursos financeiros, metas qualitativas e quantitativas, bem como demais pactuações estabelecidas em contrato com o Estado e a empresa gestora, são realizados de forma regular pela Comissão de Acompanhamento de Contrato (CAC) e pelas áreas técnicas da SES/RS. A atuação da CAC observa as regras estabelecidas no Regimento das Comissões de Acompanhamento dos Contratos dos Serviços de Saúde, aprovadas por meio da Portaria SES n° 294/2017.

Diante dessas características do serviço de Atenção Ambulatorial do HRSM, é possível observar uma forte aproximação com as propostas levantadas no debate “Inovação na atenção ambulatorial especializada”. Neste, os painelistas defendem que a organização e qualificação da AAE passa por restabelecer o equilíbrio entre a demanda e oferta por atendimentos especializados, o que pode ser alcançado somente a partir de um novo modelo de atenção inserido no contexto das RAS (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, o Laboratório de Inovação à Atenção às Condições Crônicas (LIACC) foi o precursor na implementação de projeto-piloto em três cidades: Curitiba (2011), no Paraná, Santo Antônio do Monte (2013), em Minas Gerais, e Tauá (2014), no Ceará. O Laboratório trouxe um novo modelo de atenção às condições crônicas, visando à integração da APS com a atenção ambulatorial especializada, a partir de mudanças dos processos de trabalho (MENDES, 2016; ANDRADE *et al.*, 2019).

Em Santo Antônio do Monte (SAMONTE), o foco concentrou-se em quatro grupos-alvo: diabetes mellitus (DM); hipertensão arterial sistêmica (HAS); gestantes; e crianças menores de dois anos. O estudo dirigido por Andrade *et al* (2019) nessa região avaliou a linha de cuidado de uma coorte de indivíduos portadores de diabetes e hipertensão. Os resultados, com base nos registros clínicos dos prontuários médicos dos usuários do SUS no município,

apontam avanços significativos, com melhora clínica importante após implementação do LIACC na população.

Nessa mesma perspectiva, a experiência do Distrito Federal (DF) distingue-se como prática exitosa, com a organização da atenção ambulatorial secundária na Secretaria Estadual de Saúde e, com destaque, a composição de uma linha de cuidado de condições crônicas não transmissíveis (diabetes e hipertensão), a partir do MACC proposto por Mendes (GUEDES *et al.*, 2019; TASCA *et al.*, 2019).

As iniciativas inovadoras já implantadas também são acompanhadas pelo CONASS na organização e integração da APS com a AAE, tais como os centros de especialidades dos consórcios intermunicipais de saúde do Paraná e as policlínicas de atenção especializada no Ceará (BRASIL, 2018), que possuem intensa aproximação com o modelo implantado no ambulatório em Santa Maria-RS.

O Plano Estadual de Saúde (PES) de 2020/2023, principal instrumento de planejamento da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), traz em seu Mapa Estratégico a premissa de visão inovadora e promoção da atenção integral à saúde da população (SES/RS, 2021). Nessa perspectiva de processo, projetos agregadores e estratégicos de regionalização e organização das redes de atenção à saúde, com destaque para a reorganização dos serviços ambulatoriais que estão expressos como ações previstas no Mapa Estratégico da SES/RS, darão suporte a resultados expressivos de qualidade de vida e diminuição de agravos para a sociedade.

Uma característica relevante encontrada no serviço avaliado neste estudo refere-se ao índice de absenteísmo. A taxa de absenteísmo foi calculada por meio do número total de usuários agendados e as consultas efetivamente realizadas no período de um ano. Desse modo, observou-se que, das 6124 consultas agendadas no serviço, 346 deixaram de ser realizadas pelo não comparecimento dos usuários, o que representa uma taxa de 5,65%. Estudos que avaliaram o absenteísmo dos usuários dos serviços públicos de saúde em procedimentos e consultas especializadas estimam índices que variam de 22 a 38,6%, em diferentes regiões brasileiras (GLUGOSKI, 2006; SANTOS, 2008; BITTAR *et al.*, 2016; BELTRAME, 2019).

De acordo com Brewster *et al.* (2020), a taxa de absenteísmo de diabéticos às consultas especializadas variou de 10% a 30%. Os resultados da pesquisa de Jacobi (2022) demonstram que o índice de absenteísmo de pacientes em consultas médicas especializadas agendadas via Sistema Único de Saúde em Santa Maria-RS, nos anos de 2016 a 2021, ficou na ordem de 9,4%, com uma perda de receita estimada em R\$ 146.590,00.

Essa ausência pode ser ocasionada por diferenças na oferta, organização dos serviços de saúde, nível socioeconômico, barreiras geográficas e de acesso, além de condições comportamentais, emocionais, psicológicas e cognitivas, entre outros (LEAL *et al.*, 2021).

#### 4.2 ANÁLISE DE PERFIL CLÍNICO DO USÁRIOS

Inicialmente, aborda-se o perfil socioeconômico das pessoas usuárias do serviço de atenção ambulatorial especializada e, na sequência, o seu perfil clínico.

A amostra inicial da pesquisa teve 662 usuários de primeira consulta selecionados pelo sistema eletrônico MV 2000. Após análise preliminar, foram descartados sete usuários, visto que cinco não estavam enquadrados no critério de primeira consulta e dois abandonaram o circuito de atendimento antes do fechamento dos atendimentos. Desse modo, o total final dos usuários analisados foi de 655.

A Tabela 1 apresenta o perfil dos usuários segundo as variáveis “sexo”, “estado civil”, “idade”, “escolaridade”, “renda familiar” e “município de origem”. A variável “idade” foi transformada em uma variável ordinal com quatro categorias iguais. Logo, a categorização foi distribuída em quartis, variando de 20 a 55 anos, 56 a 61 anos, 62 a 70 e acima de 70 anos de idade<sup>3</sup>.

Tabela 1 – Análise descritiva, perfil das pessoas usuárias segundo sexo, estado civil, idade, renda familiar, escolaridade e município de origem do serviço de atenção ambulatorial especializada em hipertensão e diabetes de alto e muito alto risco do HRSM

Variáveis	Alternativa	Frequência	Porcentagem
<b>Sexo</b>	Masculino	291	44,4
	Feminino	364	55,6
<b>Estado Civil</b>	Solteiro(a)	70	10,7
	Casado (a) ou relação estável	443	67,6
	Separado(a)	62	9,5
	Viúvo(a)	80	12,2
<b>Idade</b>	20 a 55 anos	177	27,0
	56 a 61 anos	155	23,7
	62 a 70 anos	175	26,7
	acima de 70 anos	148	22,6
<b>Renda familiar</b>	Não possui	55	8,9
	menos de 1 salário mínimo	12	1,9
	De 1 a 2 salários mínimos	461	74,8
	De 3 a 4 salários mínimos	75	12,2

<sup>3</sup> Para uma análise com maior acuidade sobre o procedimento de distribuição do conjunto de dados utilizado, conferir Fonseca e Martins (2016).

	5 ou mais salários mínimos	13	2,1
<b>Escolaridade</b>	Nunca estudou	48	7,4
	Ensino fundamental incompleto	388	60,2
	Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto	116	18,0
	Ensino médio completo	65	10,1
	Superior incompleto	8	1,2
	Superior completo/ pós-graduação	20	3,1
	<b>Município de origem</b>	Santa Maria-RS	249
Outro		406	62,0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022).

Constata-se, de acordo com a Tabela 1, que a maior parte dos usuários analisados é do sexo feminino (55,6%), com preponderância de usuários casados (67,6%), e uma distribuição entre as faixas etárias bastante uniformes, com leve sobreposição (27%) entre 20 e 55 anos. A média de idade é 61 anos, variando de 20 a 95 anos, com um desvio padrão de 11,7.

Com relação à variável renda familiar, a maioria dos usuários (74,8%) declarou receber de 1 a 2 salários mínimos. Esse resultado demonstra um baixo perfil socioeconômico dos usuários que acessam o serviço do ambulatório e que uma grande parcela possui sua renda derivada de auxílios da assistência social. Também observa-se que 60,2% dessa população possui ensino fundamental incompleto, o que caracteriza uma baixa escolaridade.

Os dados desse estudo reforçam evidências apontadas que destacam as DCNT como um grupo de doenças de maior magnitude no país e no mundo, atingindo especialmente as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e baixa escolaridade (IDF, 2021; BRASIL, 2021).

Quanto ao município de origem, 62% dos usuários são oriundos dos 32 municípios do entorno da sede da 4ª CRS, ratificando a contribuição de acesso ao serviço de saúde de modo regional a qual o Ambulatório de Atenção Especializada se propõe e de acordo com o Termo de Referência Padrão.

Com o levantamento dos dados contidos em prontuários digitais e físicos, avaliou-se o perfil clínico dos usuários do serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em Hipertensão e Diabetes de alto e muito alto risco do HRSM. As variáveis escolhidas para análise compõem itens do roteiro de consulta da equipe multiprofissional e foram extraídas de acordo com os critérios de avaliação, diretrizes clínicas e procedimentos operacionais padrão de cada núcleo profissional.

A Tabela 2, a seguir, apresenta as variáveis “diagnóstico”, “retinopatia diabética e/ou hipertensiva”, “letramento em saúde”, “autocuidado”, “suporte familiar” e “prática de exercício físico”.

Tabela 2 – Análise descritiva do perfil clínico das pessoas usuárias caracterizadas segundo diagnóstico, retinopatia diabética e/ou hipertensiva, letramento em saúde, autocuidado, suporte familiar e prática de exercício físico do serviço de atenção ambulatorial especializada em hipertensão e diabetes de alto e muito alto risco do HRSM

Variáveis	Alternativa	Frequência	Porcentagem
<b>Diagnóstico</b>	DM1	10	1,5
	DM2 NI	4	0,6
	HAS	147	22,5
	DM2 NI e HAS	207	31,7
	DM INS e HAS	262	40,1
	DM2 INS	20	3,1
	DM1 e HAS	3	0,5
<b>Retinopatia diabética e/ou hipertensiva</b>	Sim	453	74
	Não	159	26
<b>Letramento em saúde</b>	Baixo	148	22,8
	Médio	303	46,7
	Adequado	198	30,5
<b>Autocuidado</b>	Suficiente	400	62
	Insuficiente	245	38
<b>Suporte familiar</b>	Suficiente	595	93,3
	Insuficiente	43	6,7
<b>Prática de exercício físico</b>	Sim	99	15,1
	Não	555	84,9

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022).

Nota: DM1= Diabetes mellitus tipo 1; DM2 NI= Diabetes mellitus tipo 2 não insulinizado; HAS= Hipertensão arterial sistêmica; DM INS= Diabetes mellitus insulinizado; DM2 IN= Diabetes mellitus tipo 2 insulinizado.

A variável de diagnóstico foi coletada de acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Observou-se que 1,5% da população analisada possui somente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (DM1). O diabetes tipo 1, segundo a pesquisa de Gregory *et al.* (2022), coloca o Brasil no *ranking* dos dez países com maior prevalência dessa doença (EUA, Índia, Brasil, China, Alemanha, Reino Unido, Rússia, Canadá, Arábia Saudita e Espanha). Além disso, os autores da pesquisa também apresentam, numa perspectiva conservadora, a estimativa de aumento de 66% da carga global da doença entre 2020 e 2040, de 8,11 (7,82 – 8,42) milhões para 13,51 (12,65 – 14,42) milhões, com o maior aumento relativo em países de baixa e média renda (GREGORY *et al.*, 2022).

A maioria das pessoas analisadas, 40,1%, possui, no mínimo, duas patologias, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes, e estão em uso de insulinoterapia. As doenças

cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte nas Américas, e a HAS é responsável por mais de 50% das DCV (ETTEHAD *et al.*, 2016). No Brasil, há um crescimento da prevalência de HAS e da utilização de serviços de saúde ao longo de uma década (2008-2019), com maior prevalência nas regiões Sul e Sudeste (JULIÃO; SOUZA; GUIMARÃES, 2021).

Paralelamente, a Federação Internacional de Diabetes (IDF) publicou, em 2021, em sua 10ª edição do Atlas do Diabetes, informações detalhadas sobre a prevalência estimada e projetada de diabetes, por região, país e território, para 2021, 2030 e 2045, globalmente. A IDF indica aumentos alarmantes no número de pessoas que vivem com diabetes, com o valor de 2000 mais que triplicando na estimativa atual (2021), de 537 milhões, ou seja, mais de um em cada 10 adultos convivem com diabetes. A previsão é que, até 2030, 643 milhões de pessoas terão diabetes (11,3% da população) (IDF, 2021).

A retinopatia é uma patologia da retina em que ocorre uma inflamação influenciada pela HAS e pelo DM, os quais causam fatores que contribuem para o dano vascular sistêmico ao decorrer da idade e podem levar a cegueira. Quando as duas patologias coexistem, tanto a gravidade quanto a prevalência das retinopatias se agravam (CHILLO *et al.*, 2019). Nesse estudo, observa-se que 74% dos usuários possuem retinopatia diabética e/ou hipertensiva detectadas na primeira consulta com oftalmologista no ambulatório. Os pacientes diabéticos que apresentam retinopatia diabética têm uma taxa de sobrevivência menor que aqueles sem a doença. Dessa forma, a retinopatia diabética é um importante marcador a longo prazo de mortalidade de doenças cardiovasculares (XU XH *et al.*, 2020).

Quanto ao letramento em saúde, 46,7% das pessoas usuárias do serviço possuem nível médio. O letramento em saúde pode ser definido como a capacidade de julgar e decidir, no contexto do cuidado, da prevenção de patologias e da promoção da saúde, através do conhecimento, experiência e habilidade para obter, compreender, avaliar e aplicar as informações, no intuito de manter ou melhorar a qualidade de vida (SORENSEN *et al.*, 2012). Tais fatores são especialmente importantes no âmbito da saúde, em que a participação dos pacientes no plano terapêutico é um ponto crítico para o sucesso do tratamento.

Em um centro comunitário de Lisboa, em Portugal, foi analisado o letramento em saúde e a capacitação de idosos na prevenção de diabetes mellitus tipo 2. Os resultados identificaram que 61,9% dos idosos que participaram da pesquisa têm níveis de letramento em saúde inadequados, 28,6% estão em nível problemático e apenas 9,5% apresentam nível suficiente. O estudo também aponta que, à medida que a idade avança, os níveis de letramento em saúde tendem a ser mais baixos (VAZ DE ALMEIDA; VEIGA, 2020).

Ainda, identificou-se que 62% dos usuários possuem um autocuidado suficiente. Essa variável permite identificar o reconhecimento do interesse pessoal em modificar um comportamento de risco para que seja realizado um aconselhamento centrado na pessoa, em suas vontades e na disponibilidade de recursos (MENDES, 2012).

Com relação ao suporte familiar, 93,3% das pessoas analisadas, segundo avaliação dos assistentes sociais, apresentam esse suporte. Evidências indicam que características relacionadas ao suporte familiar são determinantes na adesão ao tratamento e essenciais para o planejamento de intervenções para melhorias na condição clínica do indivíduo (MENDES, 2019; DO LAGO *et al.*, 2022).

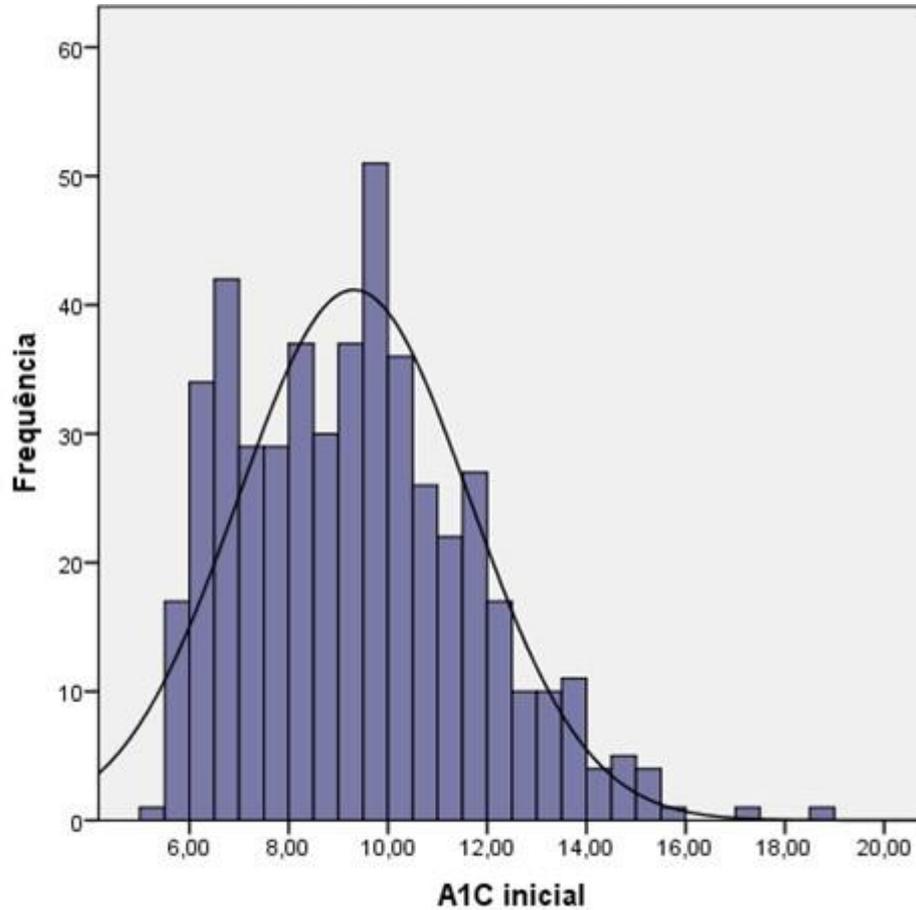
No que tange à prática de exercício físico, 84,9% dos usuários não os praticam regularmente. Esse baixo percentual evidencia que, em sua maioria, há predominância de sedentarismo. Destaca-se a importância de incentivos a favor dessa prática, visto que são bem estabelecidos e reconhecidos os benefícios do exercício físico, na redução da prevalência de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, obesidade, entre outras, e, em última instância, na redução da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). No Brasil, em 2019, o percentual de adultos que praticaram exercícios físicos no tempo livre, equivalentes a, pelo menos, 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana, foi de 39%, havendo prevalência entre os homens, com tendência à diminuição com a idade e aumento de acordo com o nível de escolaridade (BRASIL, 2019).

Outra variável analisada neste estudo foi a hemoglobina glicada (A1C), que, conforme diretrizes estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2022), trata-se de um importante indicador, obtido por meio de exames laboratoriais para o diagnóstico de diabetes mellitus e avaliação do controle glicêmico, além da glicemia plasmática de jejum e o teste de tolerância oral à glicose (TOTG) (COBAS *et al.*, 2022).

Esse dado é obtido por meio da análise de uma porção da hemoglobina (Hb) gerada pela hiperglicemia. Dessa forma, quanto maior a taxa de glicose em nível sérico, mais elevada será a A1C. Seu valor é expresso em porcentagem e se dá pela média de glicemias diárias, sendo esta uma característica importante desse exame, devido à sua capacidade de estimar a média da concentração de glicose sérica, considerando os últimos 60 a 90 dias, contrariamente à glicemia de jejum e o TOTG (MALTA *et al.*, 2019; PITITTO *et al.*, 2022).

Na Figura 10, a seguir, é possível evidenciar a distribuição dos valores de hemoglobina glicada (A1C) dos pacientes diabéticos analisados.

Figura 10 – Análise descritiva, histograma de distribuição dos valores de hemoglobina glicada (A1C) das pessoas usuárias com diabetes do serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em Hipertensão e Diabetes de alto e muito alto risco do HRSM



Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022).  
Nota: média=9,31; desvio padrão=2,335; n=482.

No que concerne aos níveis ideais de A1C no controle do DM, de modo geral, adota-se com meta terapêutica níveis abaixo de 7,0%, considerando sempre os aspectos clínicos de modo individualizado, a fim de evitar hipoglicemias graves ou frequentes (PITITTO *et al.*, 2022). Nesse sentido, buscou-se identificar a média de A1C na população em estudo, que foi de 9,31%, com um desvio padrão de 2,33, variando 5,4% a 18,5%, conforme demonstrado na Figura 10. O estudo Discover com abrangência de 38 países observou uma média de hemoglobina glicada de 8,3% e destaca, nesse sentido a necessidade urgente de intervenções para melhorar o monitoramento e o gerenciamento do controle glicêmico em todo o mundo, particularmente em países de renda média-baixa e média-alta. (KHUNTI, et al., 2020)

Com o propósito de analisar o seu estado nutricional da população do estudo foi utilizado o índice de massa corporal (IMC) dividido em duas categorias de faixas etárias. Considerando que a classificação do estado nutricional está intimamente relacionada a importantes modificações na composição corporal de indivíduos adultos e idosos segundo

estágio de vida. O ponto de corte utilizado para adultos e idosos baseia-se na associação entre IMC e doenças crônicas ou mortalidade. Desse modo, utilizou-se a classificação adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para adultos (20 a 59 anos) que classifica o estado nutricional em baixo peso o IMC abaixo de  $18,5 \text{ kg/m}^2$ , peso adequado o IMC entre  $18,5$  a  $24,9 \text{ kg/m}^2$ , sobrepeso o IMC de  $25$  a  $29,9 \text{ kg/m}^2$  e obesidade o IMC maior ou igual a  $30 \text{ kg/m}^2$ .

A segunda categoria é constituída pelos idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, considerando as modificações na composição corporal próprias do envelhecimento, os pontos de corte elegidos seguem as recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) brasileiro. Nesse sentido, o estado nutricional foi classificado em baixo peso IMC  $< 22 \text{ kg/m}^2$ , eutrofia IMC entre  $22$  e  $27 \text{ kg/m}^2$  e sobrepeso IMC  $> 27 \text{ kg/m}^2$ . Como é possível observar na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3 – Análise descritiva do perfil dos usuários adultos e idosos, segundo índice de massa corporal (IMC), classificados de acordo com o diagnóstico nutricional do serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em Hipertensão e Diabetes de alto e muito alto risco do HRSM

	Frequência	Porcentagem	Estado nutricional IMC	Frequência	Porcentagem
<b>Adultos</b> (20 a 59 anos)	283	43,4	Baixo peso < $18,5 \text{ kg/m}^2$	3	1,1
			Eutrófico $18,5$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$	25	8,8
			Sobrepeso $25,0$ a $29,9 \text{ kg/m}^2$	62	21,8
			Obesidade Grau I $30$ a $34,9 \text{ kg/m}^2$	94	33,1
			Obesidade Grau II $35$ a $39,9 \text{ kg/m}^2$	51	18,0
			Obesidade Grau III $\geq 40 \text{ kg/m}^2$	49	17,3
			<b>Idosos</b> ( $\geq 60$ anos)	369	56,6
Adequado $22$ a $27 \text{ kg/m}^2$	83	22,5			
Acima do Peso $> 27 \text{ kg/m}^2$	279	75,6			

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022).

Em destaque, observa-se que, de 56,6% (369) das pessoas usuárias do serviço ambulatorial, as quais estão categorizadas como idosos, 75,6% (279) estão acima do peso. Em relação a isto, em 2020, a população idosa já representava 18,77% (2.143.707) dos gaúchos, tornando o estado com a maior proporção de idosos no Brasil. De acordo com a projeção do IBGE, em 2030 o percentual da população gaúcha idosa chegará a 24,3% (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

À medida que aumenta a expectativa de vida, os idosos passam a conviver com fatores de risco associados às DCNT e seus potenciais agravos, relacionados a hábitos de vida, como sedentarismo, tabagismo e alimentação inadequada. Esses processos são característicos da transição demográfica e epidemiológica em curso e ascendente desde a década de 1950 (CHAIMOWICZ, 1997; BARRETO *et al.*, 2009; MASSA; DUARTE; FILHO, 2019).

Um estudo realizado em 2017, com o objetivo de avaliar a relação do estado nutricional e a presença de DCNT com a qualidade de vida de idosos, identificou que idosos com baixo peso ou com obesidade apresentaram associação com os piores escores para qualidade de vida (LIRA; GOULART; ALONSO, 2017).

Entre os adultos, 90,2% estão acima do peso, sendo que, desse número, 21,8% possuem sobrepeso ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) e 68,4% possuem algum grau de obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).

A frequência de adultos ( $\geq 18$  anos) com excesso de peso ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), segundo o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, em 2021, variou de 49,3% a 64,4% nas capitais brasileiras. Na capital gaúcha, esse índice foi de 62,2%, e, no conjunto das 27 cidades analisadas, a frequência de adultos obesos ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) foi de 22,4% (BRASIL, 2021).

#### 4.3 PERCEPÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE COM RELAÇÃO AO SERVIÇO OFERTADO PELO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO HRSM

A pesquisa contou com a participação de 37 profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado aos usuários portadores de hipertensão e diabetes do HRSM.

A Tabela 4, a seguir, apresenta o perfil desses agentes de saúde, segundo as variáveis “sexo”, “idade”, “estado civil”, “escolaridade” e “meses de instituição”. As variáveis “idade” e “meses de instituição” foram transformadas em variáveis ordinais com quatro categorias iguais. Logo, a categorização da variável “idade” foi distribuída em quartis, variando de 23 a 28 anos, 29 a 33 anos, 34 a 39 anos e 40 a 51 anos de idade. Do mesmo modo, a variável “meses de instituição” foi distribuída em quartis, variando de 7 a 13 meses, 14 a 30 meses, 31 a 45 meses e 46 a 48 meses. A distribuição dos dados em quartis constitui uma técnica comumente utilizada em outros estudos para dividir a amostra de dados em quatro partes iguais (CAMARANO *et al.*, 2004; SOUZA *et al.*, 2019).

Tabela 4 – Perfil dos agentes de saúde segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade e meses de trabalho no Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes de alto e muito alto risco do HRSM

Variáveis	Alternativas	Frequência	Porcentagem
<b>Sexo</b>	Masculino	8	21,6
	Feminino	29	78,4
<b>Idade</b>	23 a 28 anos	10	27,0
	29 a 33 anos	9	24,3
	34 a 39 anos	9	24,3
	40 a 51 anos	9	24,3
<b>Estado civil</b>	Solteiro (a)	13	35,1
	Casado (a)	21	56,8
	Separado (a)	2	5,4
	Viúvo (a)	1	2,7
<b>Escolaridade</b>	Ensino médio completo	8	21,6
	Superior incompleto	2	5,4
	Superior completo	5	13,5
	Especialização/pós-graduação	22	59,5
<b>Meses de instituição</b>	7 a 13 meses	9	24,3
	14 a 30 meses	10	27,0
	31 a 45 meses	10	27,0
	46 a 48 meses	8	21,6

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022).

Nota: média idade = 34,5; média meses de instituição = 30,0.

Observa-se uma predominância de 78,4% (29) de agentes de saúde do sexo feminino. A idade variou de 23 a 51 anos, com uma média de 34,5 anos. Percebeu-se, ao analisar as categorias de idade distribuídas em quartis, que o grupo com maior percentual (27%) foi de 23 a 28 anos. Além disso, a maioria (56,8%) é casada e possui especialização/pós-graduação (59,5%).

Um dos critérios de inclusão dos profissionais na pesquisa foi o de estar atuando no serviço ambulatorial especializado há pelo menos seis meses, a fim de possibilitar uma melhor apropriação ao modelo de atenção de cuidado aplicado na instituição e condições de suporte às respostas do estudo. Logo, detectou-se que a média de tempo de trabalho foi de 30 meses, com uma variação de 7 a 48 meses.

Para apresentar os demais resultados que visam avaliar o Ambulatório de Atenção Especializada do HRSM sob a ótica de seus agentes de saúde, optou-se por uma análise acurada das sete dimensões propostas pelo questionário de pesquisa, elaborado com base no instrumento denominado Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (ACIC) e na escala de média construída com base nos achados da pesquisa.

A escala de média foi construída para qualificar as dimensões analisadas. Define três categorias, denominadas de “pior”, “regular” e “bom”, em um intervalo de 1 a 5, que representam as respostas dos entrevistados. Logo, a menor média varia de 1 a 2,499, os valores intermediários vão de 2,5 a 3,499 e a maior média possui valores com variação de 3,5

a 5. Os menores valores representam um local com recursos e estrutura limitados, seguido de intermediário e, por último, o modelo que mais se aproxima de atenção às condições crônicas ótima.

A primeira dimensão analisada corresponde à Organização da Atenção à Saúde. Essa temática refere-se ao manejo de políticas e programas voltados às condições crônicas, que são desenvolvidos e orientam a atenção prestada pela instituição. A Tabela 5 apresenta essa dimensão e seus componentes analisados.

Tabela 5 – Análise descritiva dos componentes de Organização da Atenção à Saúde, apresentados segundo média, frequência e percentual

<b>Componentes</b>	<b>Média</b>	<b>Alternativas</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas:</b>	3,459	não existe.	-	-
		há pouco interesse.	3	8,1
		existe e está refletido na visão, missão e plano estratégico.	21	56,8
		está incorporado nos recursos humanos e organizacionais.	6	16,2
		está plenamente incorporado em todos os níveis operacionais, estratégicos e humanos.	7	18,9
<b>Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas:</b>	4,324	não existem.	-	-
		são limitadas apenas a uma condição crônica.	-	-
		existem, mas não são revisadas regularmente.	8	21,6
		são monitoradas e revisadas.	9	24,3
		são monitoradas, revisadas periodicamente e plenamente incorporadas em planos de melhoria de qualidade.	20	54,1
<b>Estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas:</b>	4,378	não existem.	-	-
		são inconsistentes.	1	2,7
		são emergenciais e destinadas a problemas pontuais.	3	8,1
		apresentam-se de modo efetivo quando necessário.	14	37,8
		utilizam estratégias efetivas, proativas e inteiramente de acordo com os objetivos organizacionais.	19	51,4
<b>Regulação e incentivos para a atenção às condições crônicas:</b>	3,919	não existem.	1	2,7
		não são utilizados para definir as metas de desempenho clínico.	4	10,8
		são utilizados para redução de custos.	5	13,5
		são utilizados para apoiar metas terapêuticas.	14	37,8
		são utilizados para motivar e empoderar os profissionais da saúde e apoiar as metas de desempenho clínico.	13	35,1
<b>Liderança superior da organização:</b>	4,027	desencoraja a participação da equipe	-	-
		não dá prioridade à melhoria da atenção às condições crônicas.	2	5,4

		encoraja parcialmente esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.	10	27
		encoraja totalmente esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.	10	27
		participa ativamente de esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.	15	40,5
		desencorajam o autocuidado ou mudanças sistêmicas pelos pacientes.	-	-
		nem encorajam nem desencorajam o autocuidado ou mudanças.	1	2,7
		encorajam parcialmente o autocuidado ou mudanças pelos pacientes.	13	35,1
		encorajam totalmente esforços para melhoria da atenção às condições crônicas.	11	29,7
		são especificamente desenhados para promover uma melhor atenção às condições crônicas.	12	32,4
<b>Benefícios e incentivos (econômicos e morais):</b>	3,919			

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022). Nota: média final da dimensão =4,004

Essa dimensão, que estabelece seis componentes de análise referentes à Organização da Atenção à Saúde, apresentou a maior média (4,004) das dimensões do estudo. O primeiro componente, que buscou avaliar o interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas, apontou que 56,8% (21) dos entrevistados consideram existir e estar refletido na visão, missão e plano estratégico do ambulatório.

Os componentes referentes às Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas e às Estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas destacaram-se com os maiores percentuais, 54,1% (20) e 51,4% (19), respectivamente.

Nesse sentido, é possível afirmar que o local em estudo está alinhado com as diretrizes nacionais para atenção às pessoas com condições crônicas, buscando superar um sistema fragmentado, que atende somente demandas de agudização de tais condições. Nesse sentido, aspectos como liderança, metas organizacionais e plano estratégico vão ao encontro do que é preconizado para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde (RAS), no que diz respeito ao cuidado integrado junto à atenção primária (APS), por meio de um trabalho compartilhado de seus profissionais e uma equipe multiprofissional da atenção ambulatorial especializada (AAE), estes de modo complementar, refletindo em uma atuação eficaz e efetiva (MENDES, 2012).

Já as menores médias (3,919) dessa dimensão são representadas pela Regulação e incentivos para a atenção às condições crônicas e por Benefícios e incentivos (econômicos e morais), ainda assim, configuram-se como “bom”, simbolizando um serviço que mais se aproxima ao modelo ótimo de atenção às condições crônicas.

Resultados similares foram encontrados em outros estudos, que indicam que a Organização do Sistema de Saúde implantada no modelo de atenção às condições crônicas está sendo bem desenvolvida, especialmente nos arranjos de gestão, na percepção dos profissionais (ANDRADE *et al.*, 2019; THEIS *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, estudos apontam que resultados positivos para a primeira dimensão estão associados a grandes mudanças na organização dos cuidados de saúde o que se relaciona a uma gestão de equipe fortalecida (SUNAERT *et al.*, 2009).

O estudo de Ribeiro *et al.* (2019), que avalia a organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE, na perspectiva de gestores, enfatiza a necessidade da modificação da atenção do tipo prescritiva e centrada na doença para a colaborativa e com foco na pessoa, conjuntamente com a implantação de estratégias de melhoria da atenção às condições crônicas disparadas pela gestão estadual, municipal e por profissionais da APS no cotidiano do trabalho.

Para Brasil (2013), a coordenação compartilhada do cuidado garante o manejo adequado de tais condições de saúde, devendo, assim, essa corresponsabilização fazer parte de um plano estratégico. Desse modo, aprimorar ações de referência e contrarreferência, visitas periódicas de especialistas a generalistas, definição de um mediador de gestão de casos, se fazem necessárias para a efetiva coordenação do cuidado e devem estar incorporadas nas metas e estratégias de melhoria de qualidade com foco em alinhar os objetivos da AAE e APS com políticas e programas propostos.

A segunda dimensão analisada corresponde à Articulação com a Comunidade, que busca identificar a conexão entre os serviços de atenção primária, o ambulatório de atenção especializada e os agentes locais de saúde. A Tabela 6, a seguir, apresenta os resultados.

Tabela 6 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Articulação com a Comunidade, apresentados segundo média, frequência e percentual

Componentes	Média	Alternativas	Frequência	Percentual
<b>Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias dos recursos comunitários:</b>	3,162	não existe.	-	-
		existe, porém não é sistematizada.	2	5,4
		é limitada de acordo com disponibilidade e acesso.	29	78,4
		é realizada e utiliza o máximo de recursos comunitários.	4	10,8
		é plenamente realizada por meio de ativa coordenação.	2	5,4
<b>Parceria com organizações comunitárias:</b>	3,135	não existe	4	10,8
		existe, porém não é considerada.	2	5,4
		existe e é considerada e implementada parcialmente.	23	62,2
		está estruturada para apoiar programas de atenção às condições crônicas.	1	2,7

		é ativa e formalmente estabelecida para dar suporte à atenção às condições crônicas.	7	18,9
<b>Conselho local de saúde:</b>	2,892	não existe	1	2,7
		existe, mas não tem participação.	11	29,7
		existe e acompanha parcialmente as ações da instituição de saúde.	20	54,1
		existe e acompanha plenamente a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas.	1	2,7
		existe, acompanha, participa e controla os incentivos de desempenho da equipe e instituição de saúde.	4	10,8
<b>Agente comunitário de saúde:</b>	2,973	não existe	-	-
		existe, porém não está incorporado à atenção às condições crônicas.	9	24,3
		existe, está incorporado à atenção às condições crônicas, mas atua de forma não sistemática, sem cobertura total	21	56,8
		está incorporado às condições crônicas, atua de forma sistemática e articulada.	6	16,2
		está totalmente incorporado às condições crônicas, atua de forma sistemática de acordo com as diretrizes clínicas.	1	2,7

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022). Nota: média final da dimensão =3,040

Identificou-se que os componentes dessa dimensão, de acordo com a escala de média, possuem avaliação de regular a bom, com variação de média entre 2,982 e 3,162. No entanto, essa dimensão constitui a menor média do estudo (3,040). Para 78,4% (29) dos respondentes, a Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias dos recursos comunitários é limitada de acordo com disponibilidade e acesso. Entretanto, o MACC pressupõe que o campo da comunidade contemple pessoas usuárias ativas e esclarecidas. Para isso, as ações dos serviços de saúde e os recursos da comunidade devem estar articulados (MENDES, 2018).

Observou-se que 89,2% (33) dos entrevistados reconhecem a existência de Parcerias com organizações comunitárias, porém identificaram que estas são implementadas parcialmente (62,2%), e não estão plenamente estabelecidas para dar suporte à atenção às condições crônicas. A existência de Conselho local de saúde também é identificada, porém 54,1% (20) dos profissionais apontam que este acompanha parcialmente as ações da instituição de saúde. Esse dado aponta para uma baixa relação de práticas de cuidado em saúde no contexto da APS. Nesse sentido, os profissionais da atenção secundária identificam baixo reconhecimento de ações com utilização máxima de recursos comunitários. Esse fato é contraditório ao idealizado em políticas e programas vigentes, o que vai ao encontro das ideias de Garnelo *et al.* (2014), que evidenciaram que tais práticas estão ainda distantes do

adequado, refletindo no crescimento das condições crônicas, além da sua agudização. Ainda segundo os autores, a baixa oferta de ações extramuros mostra-se como uma fragilidade no controle e efetivação das práticas em saúde, considerando que impactam negativamente nas atividades de prevenção e promoção à saúde direcionadas à comunidade, refletindo no baixo empoderamento das pessoas usuárias.

Os recursos comunitários possuem um importante papel na gestão e manejo de condições crônicas, porém as dificuldades de engajamento dos serviços de saúde com a comunidade não se trata de uma realidade apenas local, já que estudos realizados em outros três municípios brasileiros evidenciaram resultados semelhantes (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016; PAULA *et al.*, 2022; SCHWAB *et al.*, 2014)

O agente comunitário de saúde (ACS), ator importante na articulação das demandas de saúde da comunidade, institucionalizou-se como categoria profissional desde 1991, a partir do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) do Ministério da Saúde. Desde então, representa um profissional fundamental, responsável pela comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde (DE BARROS *et al.*, 2010). Este estudo apontou que 56,8% (21) dos profissionais de saúde afirmam que o AGS está presente, incorporado à atenção às condições crônicas, porém atua de forma não sistemática, sem cobertura total.

A terceira dimensão avaliada corresponde ao Autocuidado Apoiado, que é uma parceria entre a equipe de saúde e o usuário, com o objetivo de definir mutuamente o problema, determinar metas, monitorá-las, elaborar plano de cuidado e buscar a solução de problemas que surjam ao longo do processo de manejo (MENDES, 2011). A análise descritiva dos componentes dessa dimensão pode ser observada na Tabela 7, a seguir.

Tabela 7 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Autocuidado Apoiado, apresentados segundo média, frequência e percentual

Componentes	Média	Alternativas	Frequência	Percentual
<b>Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado:</b>	4,162	não existem.	1	2,7
		existem, mas não são realizadas.	2	5,4
		existem e são realizadas parcialmente.	8	21,6
		existem e são realizadas de maneira padronizada.	5	13,5
		são realizadas de maneira padronizadas e articuladas com o plano de cuidado de cada pessoa usuária.	21	56,8
<b>Suporte para o autocuidado apoiado:</b>	3,865	não existe.	1	2,7
		é limitado à distribuição de informativos (panfletos, folderes e outras informações escritas).	8	21,6
		é disponibilizado por meio de atividades educacionais sobre autocuidado apoiado.	4	10,8
		é oferecido parcialmente pela equipe	6	16,2

		multiprofissional, mas envolve apenas alguns portadores de condições crônicas.		
		é oferecido por profissionais capacitados em metodologias de empoderamento e de resolução de problemas.	18	48,6
<b>Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares:</b>	3,378	não é realizado.	-	-
		é realizado de forma inconsistente.	3	8,1
		é realizado de modo específico e por referência, quando solicitado.	25	67,6
		é estimulado e disponibilizado por meio de grupos de pares e atenção em grupo.	1	2,7
		inclui avaliação sistemática, com envolvimento contínuo em grupos de pares e atenção em grupo.	8	21,6
<b>Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares:</b>	3,838	não existem.	-	-
		limitam-se à distribuição de informativos (panfletos, folderes e outras informações escritas).	3	8,1
		existem, porém, estão disponíveis parcialmente, apenas alguns membros da equipe multiprofissional executam-nas.	10	27
		todos os profissionais da equipe realizam intervenções efetivas de mudança de comportamento	14	37,8
		estão disponíveis e fazem parte integral da rotina e utilizam rotineiramente tecnologias de mudança de comportamento	10	27

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022). Nota: média final da dimensão = 3,811

De acordo com as médias encontradas para os quatro componentes dessa dimensão, observa-se que ocorreu uma variação de 3,378 a 4,162. Nesse sentido, a transposição para a escala de média determina características regulares a boas para o Autocuidado Apoiado.

Por conseguinte, observa-se que 56,8% (21) dos entrevistados afirmam que a Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado são realizadas de maneira padronizada e articulada com o plano de cuidado de cada pessoa usuária.

No item Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares, 67,6% (25) dos profissionais afirmaram que é realizado de modo específico e por referência, quando solicitado. Quanto às Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares, todos os agentes de saúde reconhecem esforços da equipe multiprofissional nesse sentido.

A literatura aponta que o autocuidado apoiado representa uma ação que deve ser construída coletivamente entre profissional de saúde e paciente, os quais são conjuntamente responsáveis pelo desenvolvimento de metas, estratégias e avaliação de resultados (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012). O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas

com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios da convivência com a doença e seu tratamento, além de reduzir as complicações e sintomas.

Nesse sentido, o MACC caracteriza o autocuidado como objeto para o empoderamento das pessoas, para que se tornem protagonistas da sua saúde, reconheçam sua responsabilidade no gerenciamento da sua saúde e produzam senso de autor responsabilidade (MENDES, 2019).

Um ensaio clínico randomizado, desenvolvido com pacientes hipertensos acompanhados em 11 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), do município de Cajazeiras-PB, apresentou efeitos positivos produzidos pelo autocuidado apoiado em relação aos perfis pressórico e cardiometabólico de hipertensos, quando comparado ao acompanhamento habitual. As ações foram capazes deslocar os indivíduos dos estágios mais graves para o estágio mais leve da doença. A análise estatística do estudo também apontou redução na antropometria dos participantes, com consequente melhora do perfil nutricional do grupo submetido à intervenção (MORAES; BEZERRA, 2022).

Nesse sentido, para o avanço das práticas de cuidado, é necessário transcender aspectos protocolares e macroestruturais, direcionando a organização das práticas para efetivas relações entre trabalhadores e usuários, por meio do desenvolvimento de um plano terapêutico, incentivando o autocuidado apoiado, corresponsabilização, coordenação ativa do cuidado, utilizando ao máximo os recursos comunitários (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A quarta dimensão verificada relaciona-se ao Suporte à Decisão. Essa categoria de análise refere-se ao manejo efetivo de condições crônicas e inclui informações baseadas em evidências, diretrizes clínicas, protocolos profissionais, envolvimento dos usuários e acesso às informações capazes de proporcionar estratégias de cuidado eficientes. A Tabela 8, a seguir, explora esses componentes da pesquisa.

Tabela 8 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Suporte à Decisão, apresentados segundo média, frequência e percentual

Componentes	Média	Alternativas	Frequência	Percentual
<b>Diretrizes clínicas baseadas em evidências:</b>	4	não estão disponíveis.	-	-
		estão disponíveis, mas não são integradas na prática clínica.	4	10,8
		estão disponíveis e integram a prática clínica.	6	16,2
		estão disponíveis e integradas à prática clínica e inseridas em atividades de educação permanente dos profissionais.	13	35,1
		estão disponíveis, implantadas por educação permanente dos profissionais e integradas à atenção às condições crônicas por meio de alertas, feedbacks e incentivos para sua adoção pelos profissionais de saúde.	14	37,8

<b>Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde:</b>	3,946	não existe.	1	2,7
		é feito por meio de referenciamento tradicional.	7	18,9
		É alcançado e implementado rotineiramente conforme as diretrizes clínicas.	2	5,4
		faz parte de um processo de educação permanente.	10	27
		inclui participação por meio de educação permanente, sessões de discussão de casos clínicos e trabalho clínico conjunto.	17	45,9
<b>Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas:</b>	4,162	não é realizada.	1	2,7
		é feita esporadicamente.	5	13,5
		é feita sistematicamente por meio de métodos tradicionais de educação.	1	2,7
		é feita sistematicamente por uma parte de alguns profissionais.	10	27
		é feita sistematicamente, inclui toda a equipe, utiliza métodos educacionais adequados para mudança de comportamento.	20	54,1
<b>Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas:</b>	3,405	não é realizada.	4	10,8
		apenas quando a pessoa usuária necessita.	8	21,6
		existem alguns informativos afixados em murais ou materiais impressos.	5	13,5
		é realizada para pessoas usuárias específicas, por meio de material educativo para cada diretriz clínica.	9	24,3
		é realizada para a maioria das pessoas usuárias, por meio de métodos adequados e específicos para cada diretriz clínica.	11	29,7

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022). Nota: média final da dimensão =3,878

A variação de média para os componentes dessa dimensão ficou entre 3,405 e 4,162. Portanto, de acordo com a escala de média, o Suporte à Decisão está inserido nas categorias de regular a bom, ou seja, o local apresenta recursos que vão de intermediários aos mais adequados ao modelo de atenção às condições crônicas.

Destaca-se o envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde. Nesse sentido, 45,9% (17) dos profissionais da atenção especializada identificaram participação por meio de educação permanente, sessões de discussão de casos clínicos e trabalho clínico conjunto. Além disso, para 54,1% (20) dos entrevistados, a educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas é feita sistematicamente, inclui toda a equipe e utiliza métodos educacionais adequados para mudança de comportamento.

Avanços importantes foram observados no Suporte à Decisão após a implantação do MACC no município de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais. Antes da intervenção, as diretrizes clínicas estavam disponíveis para a maioria da equipe, mas não havia capacitação e educação permanente sistematizados; após a implantação, na percepção dos profissionais, o compromisso e envolvimento da liderança aumentaram (RODRIGUES *et al.*, 2021)

A quinta dimensão apresenta componentes que avaliam o Desenho do sistema de prestação de serviços. O conceito dessa dimensão sugere mudanças na organização do sistema

de saúde, com vistas a dar suporte efetivo tanto para o cuidado às condições crônicas, quanto para situações de condições agudas. A Tabela 9, a seguir, apresenta a descrição desses componentes.

Tabela 9 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Desenho do sistema de prestação de serviços, apresentados segundo média, frequência e percentual

<b>Componentes</b>	<b>Média</b>	<b>Alternativas</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Trabalho em equipe:</b>	3,676	não existe.	-	-
		ocorre de acordo com a disponibilidade dos profissionais.	10	27
		existe com treinamento apropriado em cada um dos componentes da atenção a condições crônicas.	4	10,8
		é assegurado e sistematizado por meio de reuniões regulares, com enfoque nas diretrizes clínicas.	11	29,7
		possui reuniões regulares, com enfoque nas diretrizes clínicas, atribuições bem definidas, monitoramento pró-ativo.	12	32,4
		<b>Liderança das equipes de saúde:</b>	3,703	não é reconhecida pela instituição de saúde.
é reconhecida, porém com muitas limitações.	8	21,6		
é reconhecida para papéis específicos.	9	24,3		
é reconhecida, possui um líder, mas seu papel na atenção às condições crônicas não está definido.	2	5,4		
está garantida pela instituição de saúde por designação de um líder com definição clara de papéis e responsabilidades.	17	45,9		
<b>Sistema de agendamento:</b>	3,865	não está organizado.	-	-
		está parcialmente organizado.	2	5,4
		está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais.	2	5,4
		está organizado e inclui agendamentos para exames e consultas individuais.	32	86,5
		está organizado e inclui agendamentos para exames, consultas individuais e atenção em grupo.	1	2,7
<b>Monitoramento da condição crônica:</b>	4,405	não existe.	-	-
		existe, mas não está organizado.	3	8,1
		é ofertado quando a pessoa usuária solicita.	1	2,7
		é organizado pelos profissionais, com base nas diretrizes clínicas.	11	29,7
		está organizado, adaptado às necessidades das pessoas usuárias com base nas diretrizes clínicas.	22	59,5
<b>Continuidade do cuidado:</b>	4,081	não existe.	-	-
		existe, porém não é uma prioridade.	2	5,4
		depende de comunicação escrita entre profissionais da atenção primária e especialistas.	7	18,9
		existe, é uma prioridade, mas não é implementada sistematicamente.	14	37,8
		é uma alta prioridade, e as intervenções incluem uma coordenação ativa entre atenção primária e especialistas.	14	37,8

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022). Nota: média final da dimensão =3,946

Essa dimensão apresenta uma variação de média, dos cinco componentes analisados, de 3,672 a 4,405. À vista disso, o Desenho do sistema de prestação de serviços do serviço analisado considera-se inserido num local com capacidade intermediária a boa, para atenção às condições crônicas. Ainda nessa perspectiva, o componente de maior média (4,405), de todos os componentes analisados das sete dimensões desse estudo, consiste no Monitoramento da condição crônica. Os entrevistados, em sua maioria 59,5% (22), consideram que o Monitoramento da condição crônica está organizado e adaptado às necessidades das pessoas usuárias, com base nas diretrizes clínicas. Outro componente com destaque é o Sistema de agendamento, que está organizado e inclui agendamentos para exames e consultas individuais, conforme 86,5% (32) dos agentes de saúde.

O estudo de Costa, Cazola, Tamaki (2016), realizado junto aos profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, também identificou o maior potencial para capacidade institucional na dimensão de desenho do sistema de prestação de serviços.

A necessidade de uma gestão efetiva de atenção às condições crônicas envolve mudanças na organização da oferta do cuidado, alinhamento de processos de trabalho das equipes e de sua liderança, sistematização de agendamentos e monitoramento e continuidade do cuidado (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2013).

A sexta dimensão explora aspectos importantes sobre informações úteis e oportunas relacionadas ao Sistema de Informação Clínica. A análise descritiva desses componentes é apresentada na Tabela 10, a seguir.

Tabela 10 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Sistema de Informação Clínica, apresentados segundo média, frequência e percentual

<b>Componentes</b>	<b>Média</b>	<b>Alternativas</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Prontuário clínico eletrônico:</b>	3,054	não está disponível.	6	16,2
		está disponível parcialmente.	4	10,8
		está disponível, mas é construído individualmente.	18	48,6
		está disponível, construído com base familiar.	-	-
		está disponível, é construído com base familiar coerente com as diretrizes clínicas.	9	24,3
<b>Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas)</b>	2,459	não está disponível.	10	27
		está disponível, inclui nome, diagnóstico, informação de contato e data do último contato com o serviço.	13	35,1

<b>com condições crônicas específicas por estrato de risco):</b>		está disponível, permite a identificação de alguns usuários segundo subpopulações por estratificação de risco.	5	13,5
		permite a identificação de todos os usuários, subpopulações por estratificação de risco e de acordo com as diretrizes.	5	13,5
		plenamente disponível além de permitir emissão de lembretes para as pessoas usuárias.	4	10,8
<b>Alertas para os profissionais:</b>	2,757	não estão disponíveis.	11	29,7
		estão parcialmente disponíveis.	4	10,8
		incluem notificação geral da existência de condição crônica, mas não determinam intervenções específicas.	12	32,4
		estão disponíveis, incluem indicação de intervenções por subpopulação e intervenções necessárias.	3	8,1
		fornecem informações específicas para a equipe sobre a adesão às diretrizes clínicas no momento do atendimento.	7	18,9
		<b>Feedbacks para a equipe de saúde:</b>	3,486	não estão disponíveis.
são fornecidos em intervalos irregulares e de forma informal.	12	32,4		
ocorrem de forma regular, porém são insuficientes.	3	8,1		
ocorrem em intervalos suficientes para monitorar o desempenho da equipe.	10	27		
são fornecidos oportunamente, de forma pessoal e rotineira por um líder para melhorar o desempenho da equipe.	11	29,7		
<b>Plano de cuidado das pessoas usuárias:</b>	3,757	não é elaborado.	-	-
		é elaborado em formato padrão pela equipe de saúde.	11	29,7
		é feito em conjunto com a equipe de saúde e a pessoa usuária e inclui metas clínicas.	3	8,1
		é feito em conjunto com a equipe de saúde e a pessoa usuária, inclui metas clínicas e ações de autocuidado.	7	18,9
		é feito em conjunto, inclui metas clínicas, ações de autocuidado, sendo monitorado regularmente.	16	43,2

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022). Nota: média final da dimensão =3,103

A dimensão de Sistema de Informação Clínica, representada pelos seus cinco componentes, apresentou uma variação de média de 2,459 a 3,757. Esse item contém um dos componentes de menor média (2,459) do estudo, exposto pela questão que determina o Registro das pessoas usuárias. Logo, de acordo com a escala de média, o resultado evidencia um local com recursos e estrutura limitado para esse componente.

Outra questão em destaque refere-se ao Prontuário clínico eletrônico. Para 48,6% (18) dos entrevistados, esse componente está disponível, mas é construído individualmente.

O MACC preconiza a utilização sistemática de prontuários clínicos informatizados, com emissão de alertas, lembretes e *feedbacks* oportunos para os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, concomitantemente com a identificação de subpopulações relevantes, em função de riscos, e a elaboração de um plano de cuidado individual para cada usuário, bem como o monitoramento do desempenho da equipe de saúde (MENDES, 2019).

O estudo de Costa, Cazola e Tamaki (2016) também encontrou fragilidades no sistema de informação clínica, apesar de as equipes de saúde avaliadas identificarem uma capacidade razoável para atenção às condições crônicas do serviço analisado. Outro estudo corrobora com a evidência de que o sistema de informação clínica constitui um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2013).

Mesmo com a premissa de que o prontuário eletrônico do paciente representa um instrumento que possibilita a consistência e cruzamento de dados, a comunicação entre sistemas, a clareza dos registros, o apoio à organização e administração, captura, armazenamento e o processamento das informações do paciente, favorecendo a tomada de decisão, adequada terapêutica e atualização das informações, sabe-se da dificuldade de sua implantação e informatização de serviços de saúde (GALVÃO; RICARTE, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2013; COSTA; PORTELA, 2018).

A literatura também evidencia a falta de treinamentos, capacitações, lentidão, utilização de múltiplos sistemas de informação e grande volume de dados a serem preenchidos pelos profissionais como fragilidades para a utilização de Sistemas de Informação (PINHEIRO *et al.*, 2016).

A sétima e última dimensão analisada corresponde à Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Esses elementos buscam avaliar a combinação dos pressupostos do modelo, os quais serviços de saúde efetivos, que operam no MACC deveriam ter. A Tabela 11, a seguir, apresenta a análise descritiva desses componentes.

Tabela 11 – Análise descritiva dos componentes da dimensão sobre Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, apresentados segundo média, frequência e percentual

Componentes	Média	Alternativas	Frequência	Percentual
<b>Informação às pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas:</b>	3,135	não é realizada.	1	2,7
		acontece apenas quando solicitada.	19	51,4
		ocorre por meio de publicações.	1	2,7
		é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica.	6	16,2
		descreve o papel da pessoa usuária no autocuidado apoiado e na adesão às diretrizes clínicas.	10	27

<b>Sistema de informação/registro clínico:</b>	4,081	insuficiente e bastante incompleto.	-	-
		parcialmente completo, não inclui metas de autocuidado.	2	5,4
		completo, mas não inclui metas de autocuidado apoiado.	5	13,5
		completo, com metas de autocuidado apoiado.	18	48,6
		completo, além de gerar alerta aos profissionais e pessoas usuárias referente ao monitoramento das condições crônicas.	12	32,4
<b>Programas comunitários:</b>	2,432	são poucos e insuficientes.	7	18,9
		não fornecem <i>feedback</i> para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	16	43,2
		fornecem <i>feedback</i> esporadicamente para a instituição de saúde.	7	18,9
		fornecem <i>feedback</i> regular para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias.	5	13,5
		fornecem <i>feedback</i> regularmente, úteis para a modificar os programas de acordo com as necessidades das pessoas usuárias.	2	5,4
<b>Monitoramento das metas dos planos de cuidado:</b>	3,324	não é realizado.	4	10,8
		realizado esporadicamente.	6	16,2
		realizado apenas para pessoas usuárias agendadas.	14	37,8
		realizado por um profissional responsável pela pessoa usuária.	13	35,1
		realizado por um profissional que coordenar a atenção com a pessoa usuária, com uso de prontuário clínico e alertas.	-	-
<b>Diretrizes clínicas para as condições crônicas:</b>	3,865	não são desenvolvidas.	-	-
		não são compartilhadas com as pessoas usuárias.	6	16,2
		são fornecidas às pessoas usuárias que demonstram interesse no autocuidado apoiado de suas condições crônicas.	8	21,6
		são fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajudá-las a desenvolver o autocuidado apoiado efetivo.	8	21,6
		são compartilhadas pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias para desenvolver o autocuidado apoiado efetivo.	15	40,5

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2022). Nota: média final da dimensão =3,367

As questões que avaliam a Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas tiveram uma média de variação de 2,432 a 4,081. Evidencia-se que, para 51,4% (19) dos profissionais de saúde, as informações às pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas acontecem apenas quando solicitadas.

Essa dimensão possui o componente de menor média (2,432) do estudo, representado pela questão referente aos Programas comunitários, em que 43,2% (16) dos entrevistados percebem que não há *feedback* sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades para a instituição de saúde.

A pesquisa de Bordoni (2019), que avalia a capacidade institucional para atenção às condições crônicas nos serviços de saúde especializados em idosos na cidade de Manaus, no Amazonas, corrobora com os achados deste estudo, ao verificar que a capacidade de articulação do serviço com as associações de bairro, igrejas, escolas e organizações não governamentais são insuficientes e incapazes de oportunizar o suporte necessário aos usuários (BORDONI, 2019).

A fragmentação na Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, especialmente no componente de Recursos da comunidade, também evidenciou fragilidades nos serviços de saúde avaliados e na capacidade limitada para atenção às condições crônicas (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2013; COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016; MACHADO, 2018).

Nesse sentido, ressalta-se que, em países como a China e os Estados Unidos, a implementação efetiva do MACC representou melhoria para a qualidade de vida dos pacientes, melhor controle glicêmico e pressão arterial e redução na taxa de hospitalização da população hipertensa (COLEMAN *et al.*, 2009; STELLEFSON; DIPNARINE; STOPKA, 2013; ZHANG, *et al.* 2017).

#### 4.4 PROPOSTAS DE AÇÕES QUE VISAM AO APERFEIÇOAMENTO DA GESTÃO DO CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE O SERVIÇO DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO

Diante das sete dimensões propostas pelo questionário de pesquisa, apoiado pelo instrumento ACIC, obteve-se médias regulares a boas relativas à capacidade institucional local para desenvolvimento do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no Ambulatório de Hipertensão e Diabetes de Alto e Muito Alto Risco do Hospital Regional de Santa Maria.

No entanto, pontos críticos foram evidenciados em dois componentes, representados pelas questões referentes aos **Programas Comunitários**, que está inserida na Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Dimensão 7) e aos **Registro das pessoas usuárias**, que está inserida no Sistema de Informação Clínica (Dimensão 6), as quais obtiveram as piores médias do estudo, com 2,432 e 2,459, respectivamente.

Para propor ações que visem aperfeiçoar a gestão do cuidado com base nessas fragilidades encontradas, utilizou-se a metodologia 5W2H.

O método 5W2H constitui uma ferramenta de planejamento estratégico comumente utilizado em estudos para garantir melhor organização, gerenciamento e operacionalização de ações em setores empresariais e serviços diversos (CURY; RODACOSKI; SANTOS, 2019; LISBÔA; GODOY, 2012; MONTEIRO; MENDES; COSTA, 2022).

A ferramenta é fundamentada a partir de perguntas específicas, que servem como forma de identificar problemas, soluções e/ou projeções dentro de uma empresa. Não há uma concordância sobre quem a desenvolveu, sendo que ganhou mais popularidade com a disseminação das técnicas de gestão da qualidade e posteriormente com as de gestão de projetos (SILVA *et al.*, 2022).

Os 5Ws e os 2Hs referem-se às palavras em língua inglesa a seguir: W: *what* (o que será feito?); *why* (por que será feito?); *where* (onde será feito?); *when* (quando?); *who* (por quem será feito?); H: *how* (como será feito?) e *how much* (quanto custará?).

A seguir, apresenta-se o plano de ação com duas propostas para cada componente que apresentaram maior fragilidade. O Quadro 4 apresenta a primeira proposta de ação.

Quadro 4 – Proposta de ação 001

<b>Objetivo principal 1</b>	<b>Proporcionar maior integração dos programas comunitários com a instituição de saúde</b>
<b>Objetivo específico 1</b>	Identificar possibilidade de ações e atividades em processo de desenvolvimento junto à comunidade em cada serviço de Atenção Primária em Saúde dos 33 municípios que compõem a 4ª CRS.
<b>O que fazer? (What?)</b>	Realizar mapeamento de diagnóstico situacional das atividades desenvolvidas e de potencialidades de ação junto à comunidade.
<b>Por que fazer? (Why?)</b>	A partir da identificação dos programas comunitários e das atividades desenvolvidas junto à comunidade será possível gerar maior conhecimento e integração entre as partes.
<b>Quem fará? (Who?)</b>	Equipe da Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Primária.
<b>Quando fazer? (When?)</b>	Início em março de 2023 (prazo de 6 meses). Período viável para apresentação da proposta à coordenação do AAE, aprovação dos gestores e organização da equipe de atenção especializada.
<b>Onde fazer? (Where?)</b>	Territórios das comunidades próximos à Atenção Primária dos municípios inseridos na 4ª CRS.

<b>Como será feito? (How?)</b>	a) Disponibilizar horários na agenda dos profissionais da atenção secundária para realizar os contatos, comunicação e visitas aos profissionais da atenção primária, usuários e programas comunitários; b) Via contato telefônico, WhatsApp, correio eletrônico e presencialmente, quando necessário. c) Mapeamento descritivo das ações em saúde desenvolvidas na comunidade.
<b>Quanto custará? (How much?)</b>	Os custos referem-se às horas trabalhadas dos profissionais da atenção secundária e deslocamentos que serão realizados com carro oficial disponível da instituição.

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

No Quadro 5, descreve-se a proposta de ação 002, para a primeira fragilidade referente a **Programas Comunitários**

Quadro 5 – Proposta de ação 002

<b>Objetivo principal 1</b>	<b>Proporcionar maior integração dos programas comunitários com a instituição de saúde</b>
<b>Objetivo específico 2</b>	Estabelecer apoio matricial entre os programas comunitários e o AAE.
<b>O que fazer? (What?)</b>	Realizar apoio matricial de acordo com o levantamento de diagnóstico situacional junto aos programas comunitários.
<b>Por que fazer? (Why?)</b>	a) Sistematizar a integração dos programas comunitários com a instituição de saúde; b) O apoio matricial constitui uma ação prioritária de meta qualitativa e atividade característica do modelo de atenção às condições crônicas do serviço de AAE.
<b>Quem fará? (Who?)</b>	Atenção primária e Equipe da Atenção Ambulatorial Especializada.
<b>Quando fazer? (When?)</b>	Após o levantamento de diagnóstico situacional (proposta de ação 001). Previsão de início em setembro de 2023.
<b>Onde fazer? (Where?)</b>	Associações de bairro, igrejas, escolas, organizações não governamentais, grupos de educação em saúde.
<b>Como será feito? (How?)</b>	Realizar cronograma com datas e horários para ações presenciais, reuniões síncronas ou modo assíncrono (disponibilização de vídeos com temas pré-definidos de acordo com a demanda da comunidade).
<b>Quanto custará? (How much?)</b>	Os custos referem-se às horas trabalhadas dos profissionais da atenção secundária e aos deslocamentos que serão realizados com carro oficial disponível da instituição, quando necessário.

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

No Quadro 6, descreve-se a primeira proposta de ação 003, para segunda fragilidade evidenciada, a qual corresponde ao Registro das pessoas usuárias do serviço.

Quadro 6 – Proposta de ação 003

<b>Objetivo principal 2</b>	<b>Qualificar o registro de informação clínica das pessoas usuárias</b>
<b>Objetivo específico 1</b>	Ampliar os recursos de informação do sistema de registro eletrônico do AAE.

<b>O que fazer? (What?)</b>	a) Inserir identificação de estratificação de risco para cada pessoa usuária; b) Viabilizar a geração de emissão de alertas, lembretes e <i>feedbacks</i> oportunos para os profissionais de saúde.
<b>Por que fazer? (Why?)</b>	Proporcionar adequado gerenciamento das condições crônicas e desenvolvimento de indicadores.
<b>Quem fará? (Who?)</b>	Operadores de Tecnologia da Informação.
<b>Quando fazer? (When?)</b>	De acordo com aprovação imediata dos gestores do AAE.
<b>Onde fazer? (Where?)</b>	Rede de computadores do AAE.
<b>Como será feito? (How?)</b>	a) Reunião com equipe de gestores e operadores da Tecnologia da Informação do AAE; b) Migração do sistema atual para uma versão mais atual com ferramentas de unificação de comandos e ações.
<b>Quanto custará? (How much?)</b>	Conforme orçamento da empresa MV.

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Por último, no Quadro 7, expõe-se a segunda proposta de ação 004, para a segunda fragilidade evidenciada, a qual busca qualificar e capacitar os profissionais para melhorias do Registro das pessoas usuárias do serviço.

Quadro 7 – Proposta de ação 004

<b>Objetivo principal 2</b>	<b>Qualificar o registro de informação clínica das pessoas usuárias</b>
<b>Objetivo específico 2</b>	Capacitar os profissionais da equipe assistencial para operar os novos registros de informação clínica.
<b>O que fazer? (What?)</b>	a) Elaborar um Procedimento Operacional Padrão (POP) com o descritivo dos novos recursos disponíveis para qualificar o atendimento das pessoas usuárias; b) Realizar um momento de capacitação e treinamento com todos os profissionais da equipe assistencial do AAE.
<b>Por que fazer? (Why?)</b>	A ação favorecerá o conhecimento das ferramentas do sistema e a consequente tomada de decisão que oportunizará a melhor terapêutica em um tempo certo, de acordo com o risco de saúde de cada paciente.
<b>Quem fará? (Who?)</b>	a) Profissional da Tecnologia da Informação; b) Profissionais da equipe assistencial.
<b>Quando fazer? (When?)</b>	Após migração do sistema de registro de informação atual para nova versão.
<b>Onde fazer? (Where?)</b>	Auditório do AAE.
<b>Como será feito? (How?)</b>	a) Ocorrerá em dois momentos, de modo que contemple ambas as equipes dos turnos da manhã e da tarde; b) Primeira parte: apresentação de conteúdo teórico explicativo; c) Segunda parte: prática, com demonstração de um caso clínico real.
<b>Quanto custará? (How much?)</b>	Os recursos financeiros previstos são considerados de baixo impacto nas despesas, pois estão disponíveis no ambulatório.

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

O monitoramento e avaliação das ações é um ponto fundamental para a institucionalização das propostas estabelecidas. Para tanto, será importante registrar todas as evidências de cumprimento e realização dos objetivos e ações determinadas. Sugere-se ainda

a determinação de um profissional facilitador de referência da AAE para cada Equipe de Atenção Primária (eAP) ou Equipe de Saúde da Família (eSF), de modo a favorecer a comunicação das demandas da APS.

Espera-se, ainda, a produção de registros descritivos e reflexivos sobre o andamento das atividades, a fim de extrair melhores indicadores para monitoramento e avaliação das propostas de ação sugeridas.

Frente a esse panorama, torna-se evidente a relevância em qualificar o registro de informação clínica, manter e ampliar as parcerias entre comunidade (moradores, escolas, igrejas, faculdades, associações), atenção primária de saúde e serviço especializado, de modo a ampliar a capacidade resolutiva, reduzir os retrabalhos e a sobrecarga dos profissionais e, ainda, estimular a corresponsabilização dos indivíduos na construção de hábitos de vida saudáveis e na estabilização de suas condições crônicas.

A incorporação de sistemas e de tecnologias da informação eficientes, ao ponto que atendam às demandas da população, constitui a base fundamental para a organização, gestão e efetivação das ações e serviços do setor de saúde. Nesse sentido, todos os dados e informações produzidos pelo serviço de atenção especializada do HRSM são fontes privilegiadas de iniciativas inovadoras, que oferecem um conjunto de indicadores fundamentais para identificação e avaliação das necessidades de saúde, desempenho e impactos do serviço especializado na rede de atenção à saúde.

No entanto, devido à complexidade causada pela quantidade de componentes envolvidos, faz-se necessário um posicionamento estratégico frente à escolha de ferramentas de Tecnologia da Informação e Comunicação, capazes de trazer os benefícios esperados e de ser compatíveis economicamente. O alto custo dos Sistemas de Informação diante de escassos investimentos na saúde constitui uma barreira desafiadora na atual conjuntura econômica e social que o país apresenta.

## 5 CONCLUSÃO

Este trabalho representa a primeira oportunidade de compreender a implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no município de Santa Maria, sendo referência para 32 municípios inseridos na 4ª CRS. O objetivo geral foi verificar se a gestão do cuidado produzido no ambulatório de Hipertensão e Diabetes de Alto e Muito Alto Risco do Hospital Regional de Santa Maria, na visão dos agentes de saúde, está adequada ao MAAC. Como objetivos específicos, o estudo se propôs a: a) caracterizar o serviço ofertado aos usuários atendidos no ambulatório; b) identificar o perfil socioeconômico e clínico desses usuários; c) analisar a percepção do serviço referente à gestão do cuidado produzido pelo ambulatório na perspectiva dos profissionais; e d) propor ações que visem aperfeiçoar a gestão do cuidado compartilhado entre o serviço de atenção ambulatorial especializada e a rede de atenção à saúde do usuário.

Em síntese, quanto ao primeiro objetivo específico, verificou-se características importantes do uso de ferramentas de gestão da clínica, inseridas de acordo com o modelo de atenção às condições crônicas e apoiadas pelo Termo de Referência e Notas Técnicas que orientam a execução das ações do Ambulatório de Especialidade em Hipertensão e Diabetes Mellitus do HRSM.

O segundo objetivo específico foi abordado através das análises descritivas, por meio do levantamento de dados contidos em prontuários digitais e físicos. Nesse sentido, avaliou-se o perfil socioeconômico e clínico das pessoas usuárias do serviço. Identificou-se características de uma população em processo de envelhecimento, com baixo perfil socioeconômico e acentuado risco para o agravamento das condições crônicas já existentes.

O terceiro objetivo teve por meta analisar a capacidade institucional do ambulatório de atenção especializada sob a perspectiva de seus profissionais. Os dados em relação à capacidade para atenção às condições crônicas apontaram para médias regulares a boas. Os componentes representados pelos Programas Comunitários e Registro das pessoas usuárias foram evidenciados como as principais fragilidades e o Monitoramento da Condição Crônica como o maior potencial do estudo.

Por fim, apresentou-se propostas de ações que visam aperfeiçoar a gestão do cuidado compartilhado entre o serviço de atenção ambulatorial especializada e a rede de atenção à saúde do usuário, com base nos componentes de maior fraqueza encontrados. As propostas possuem fundamentação no instrumento de planejamento estratégico 5W2H. Essa ferramenta pressupõe ações práticas e objetivas de planejamento e operacionalização de intervenções,

empregada em diferentes setores e serviços com o objetivo de qualificar a gestão da qualidade de processos.

Como limitação do estudo, destaca-se a rotatividade de profissionais e mudanças políticas, que constituem fatores não abordados e complexos de serem avaliados em curto espaço de tempo, mas que refletem diretamente na qualidade da assistência oferecida e na manutenção dos achados desse estudo. A pesquisa também limita-se a informações dos agentes de saúde, uma vez que os usuários não foram avaliados diretamente no tocante à prestação e percepção do cuidado auferido pelo serviço analisado.

Na perspectiva para trabalhos futuros, sugere-se a reaplicação do instrumento, a fim de oportunizar avaliação e comparação dos resultados em momentos temporais distintos. Além disso, propõe-se a realização de pesquisas que avaliem a percepção dos usuários, por meio do instrumento Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas (Patient Assessment of Chronic Illness Care – PACIC), o qual poderá obter uma avaliação mais completa acerca da atenção ofertada e da capacidade de autocuidado dos usuários, considerando-se este um componente do MACC.

## REFERÊNCIAS

- ALELUIA, I. R. S. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.
- ALVES, M. N. T. *et al.* Metodologias pedagógicas ativas na educação em saúde. *Revista de psicologia*, v. 10, n. 33, supl. 2, jan. 2017.
- ARAGONES, A. *et al.* Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. **Preventing Chronic Disease**, v. 5, n. 4, 2008.
- ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 36, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102). Acesso em: 30 ago. 2020.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Challenges and lessons from a primary care intervention in a Brazilian municipality. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000457> Acesso em: 09 nov. 2022
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARRETO, M. L. *et al.* O nascimento, a vida, o adoecimento, a morte e a atenção à saúde da população brasileira durante 20 anos de Sistema Único de Saúde: uma síntese. *In: BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2020: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 407-416. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2008\\_web\\_20\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf). Acesso em: 24 out 2022.
- BELTRAME, S. M. *et al.* Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde debate**, v. 43, n.123, p. 1015-1030, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042019000401015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019000401015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 out. 2022.
- BENGOA, R. Curar y cuidar. *In: BENGOA, R.; NUÑO, R. S. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier Masson, 2008.
- BERNARDES A. Perspectivas contemporâneas da liderança e gestão em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2018. Editorial.
- BÊRNI, D. A; FERNANDEZ, B. M. **Métodos e técnicas de pesquisa**. São Paulo: Saraiva, 2012. [Minha Biblioteca]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502173712/cfi/350!4/4@0.00:0.00>. Acesso em: 17 nov. 2021.

BITTAR, O.N.V. *et al.* Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista** (BEPa), Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de São Paulo, v. 13, n. 152, p. 19-32, 2016.

BORDONI, M. Z. B. **Avaliação da capacidade institucional para atenção às condições crônicas nos serviços de saúde especializados em idosos na cidade de Manaus-AM.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, 2019. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7628>. Acesso em: 09 nov. 2022.

BOWER, P. *et al.* Collaborative care for depression in primary care, making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. **The British Journal of Psychiatry**, v. 189, p. 484-493, 2006.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS de A Z**. Brasília: Ministério da Saúde; CONASEMS, 2004.

BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS Debate: inovação na atenção ambulatorial especializada**. Brasília: CONASS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2019\\_vigilancia\\_fatores\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf). Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021**. Brasília: 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/>. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 483 de 01 de abril de 2014. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252\\_19\\_02\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html). Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view). Acesso em: 06 out. 2022.

BREWSTER S. *et al.* Non-attendance at diabetes outpatient appointments: a systematic review. **Diabetic Medicine**, v. 37, n. 9, p. 1427-1442, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31968127/>. Acesso em: 02 nov. 2022.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMARANO, A. A. *et al.* Caminhos para a vida adulta: as múltiplas trajetórias dos jovens brasileiro. **Última Década**, Santiago, v. 12, n. 21, p. 11-50, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.hp?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22362004000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.hp?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200002&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 15 nov. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CARMO, D. **Atenção especializada no SUS: da máquina de produção de procedimentos para uma rede de produção de cuidados.** 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

CAVALCANTI, A. M; OLIVEIRA, A. C. L. (org.). **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde.** Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2012.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHILLO P. *et al.* Hypertensive retinopathy and associated factors among nondiabetic chronic kidney disease patients seen at a tertiary hospital in Tanzania: a cross - sectional study. **International Journal of Nephrology and Renovascular Disease**, v. 12, p. 79-86, 2019.

CHIORO DOS REIS, A. A.; SCAFF, A. J. M. **Saúde e Cidadania.** Santos: Consaúde, 1998.

COBAS, R. *et al.* Diagnóstico do Diabetes e Rastreamento do Diabetes Tipo 2. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes.** 2022. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-rastreamento-do-diabetes-tipo-2/?pdf=3589>. Acesso em: 28 out. 2022.

COLEMAN, K. *et al.* Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. **Health Affairs**, v. 28, n. 1, p. 75-85, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Planificação da Atenção à Saúde.** 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planificacao-da-atencao-saude/>. Acesso em: 11 out. 2022.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS). **Redução das desigualdades no período de uma geração.** Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Lisboa: OMS, 2010.

COSTA J. F. R; PORTELA M. C. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00187916>. Acesso em: 05 nov. 2022.

COSTA, K. C. da; CAZOLA, L. H. de O.; TAMAKI, E. M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 106-117, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080009>. Acesso em: 11 out. 2022.

COSTA, L. S.; GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. A perspectiva territorial da inovação em saúde: a necessidade de um novo enfoque. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 59-67, dez. 2012.

CORONEL, D. A. *et al.* Métodos qualitativos e quantitativos em pesquisa: uma abordagem introdutória. In: LANA, R de P.; GUIMARÃES, G.; LIMA, G. S. (org.). **Multifuncionalidades sustentáveis no campo: agricultura, pecuária e florestas.** Viçosa: Arka, 2013.

CURY, R.; RODACOSKI, G.; SANTOS, C. Ampliação das atividades das equipes NASF-AB em saúde mental. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, supl. 2, p. 76-91, 2019. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/245>. Acesso em: 15 nov. 2022.

DE BARROS, D. F. *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100009>. Acesso em: 02 nov. 2022.

ETTEHAD, D. *et al.* Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 387, issue 10022, p. 957-967, 2016.

EVANGELISTA, M. J. de O. Planificação da atenção à saúde: uma proposta de gestão e organização da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. **Consensus**, Brasília, v. 20, n. 20, p. 1-6, 2016.

EVANGELISTA, M. J. de O. *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2115-2124, 2019.

FÁVERO, L. P. L.; BELFIORE, P. P. **Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada com excel, SPSS e stata**. [S.l.: s.n.], 2017.

FONSECA, J. S. da; MARTINS, G. de A. **Curso de Estatística**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

FONTELLES M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, v. 1, n. 1, jul./set. 2009.

FREIRE, P. de S. **Aumente a qualidade e quantidade de suas publicações científicas: manual para elaboração de projeto e artigos científicos**. Curitiba: CRV, 2013.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. O prontuário eletrônico do paciente no século XXI: contribuições necessárias das ciências da informação. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 2, n. 2, p. 77-100, jul./dez. 2011.

GARNELO, L. *et al.* Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 158-172, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GLUGOSKI, M. **O melhor sempre que possível**. Disponível em: <http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2006/jusp755/pag0405.htm>. Acesso em: 22 out. 2022.

GONÇALVES J. P. P. *et al.* Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde Debate**. v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.

GREGORY, G.A. *et al.* Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 10, p. 741-760, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(22\)00218-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(22)00218-2/fulltext). Acesso em: 22 out. 2022.

GUEDES, B. de A. P. *et al.* A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 6, pp. 2125-2134, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019>. Acesso em: 28 set. 2022.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6. ed. São Paulo: Bookman, 2009.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Atlas de la Diabetes de la FID**. 9. ed. Bruxelas: Federación Internacional de Diabetes, 2019. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org/>. Acesso em: 17 set. 2020.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas**. 10. ed. International Diabetes Federation, 2021. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org/>. Acesso em: 15 out. 2021.

JACOBI, E. R. T. **Absenteísmo ambulatorial:** mensuração do custo, técnicas para sua redução e consequente incremento da receita na atenção especializada do município de Santa Maria – RS. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações Públicas) – Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/26224>. Acesso em: 22 de out. 2022.

JULIÃO, N. A.; SOUZA, A. de; GUIMARÃES, R. R. de M. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4007-4019. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08092021>. Acesso em: 22 out. 2022.

KATES, N. *et al.* Collaborative working group of the College of Family Physicians of Canada, Canadian Psychiatric Association: shared mental health care. **Canadian Family Physician**, v. 48, p. 936, 2002.

KELLY, B. J. Shared care in mental illness: a rapid review to inform implementation. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 5, p. 31, 2011.

KHUNTI, K. *et al.* DISCOVER investigators. Glycaemic control in patients with type 2 diabetes initiating second-line therapy: Results from the global DISCOVER study programme. **Diabetes Obes Metab**, v.1, p. 66 -78, 2020.

LEAL, M. L. *et al.* Social determinants of absenteeism of diabetic to endocrinologist appointments. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e108101320880, 2021.

DOI: 10.33448/rsd-v10i13.20880. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20880>. Acesso em: 2 nov. 2022.

LIRA, S.; GOULART, R.M.; ALONSO, A.C. A relação entre o estado nutricional e presença de doenças crônicas e seu impacto na qualidade de vida de idosos: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 15, n. 3, p. 81-86. 2017. Disponível em:  
[https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/4572](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4572). Acesso em: 24 out. 2022.

LINS, M. Z. S. **Estudos sobre a planificação da atenção à saúde no Brasil 2008 a 2019: uma revisão de escopo**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2020.

LISBÔA, M. DA G. P.; GODOY, L. P. Aplicação do método 5w2h no processo produtivo do produto: a joia. **Iberoamerican Journal of Industrial Engineering**, Florianópolis, SC, Brasil, v. 4, n. 7, p. 32-47, 2012.

LYTHGOE, M. P.; ABRAHAM, S. Good practice in shared care for inflammatory arthritis. **The British Journal of General Practice**, v. 66, n. 648, p. 275-277, 2016.

MACHADO, S. C. M. **Educação em diabetes mellitus: uma parceria entre o clínico e o especialista**. 2018. 86 f. Dissertação (Mestrado em Educação nas Profissões da Saúde) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação nas Profissões da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, 2018. Disponível em:  
<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/21738> Acesso em: 09 nov. 2022.

MALACHIAS, M. et al. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 1 - Concept, Epidemiology and Primary Prevention. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n.3, set. 2016.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**. Porto Alegre: Bookman, 2012.

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, jun. 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência de Diabetes Mellitus Determinada pela Hemoglobina Glicada na População Adulta Brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190006.supl.2>  
 Acesso em: 28 out. 2022.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MASSA, K. H. C; DUARTE, Y. A. O; FILHO, A. D. P. C. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 105-114, 2019

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

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.

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

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

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MENDES, E. V. A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. [Entrevista cedida a] Carmen Cecília de Campos Lavras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, fev. 2018.

MENDES, E. V. O Cuidado Das Condições Crônicas Na Atenção Primária À Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, abr./jun., 2018.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019.

MENDES, E. V *et al.* Integrated care in the unified health system of Brazil: The laboratory for innovation in chronic conditions in Santo Antônio do Monte. **International Journal Of Healthcare Management**, v. 12, n. 2, p. 116-122, 2019.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Lugar Editorial, 1997.

MESQUITA, A. S.; SILVEIRA, L. T. **A clínica a favor dos sujeitos: especialidades, hardcore do SUS**. Santos: Página Aberta, 1996.

MONTEIRO, N. J; MENDES, M. A; COSTA, T. B. S. Propostas de melhorias para o processo de fabricação de selas tradicionais: um estudo de caso em uma selaria em Marabá - PA. **Revista Sistemas & Gestão**, v. 17, n. 2, p.121-131, 2022.

MORAES, J. C. O; BEZERRA, S. M. M. DA S. Efeitos do autocuidado apoiado sobre o perfil pressórico e cardiometabólico de hipertensos: ensaio clínico randomizado. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, e82868, 2022. Disponível em: [dx.doi.org/10.5380/cev27i0.82868](https://dx.doi.org/10.5380/cev27i0.82868). Acesso em: 22 out. 2022.

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (org.) **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS**: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília, DF: OPAS; Conselho Nacional de Saúde, 2013.

OLIVEIRA, C.N. *et al.* Práticas de cuidado para doenças não transmissíveis na Estratégia Saúde da Família. **Avances en enfermería**. v. 39, n.2, p. 255-263, 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONU-BR). **17 objetivos para transformar nosso mundo**: objetivo 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Brasília, DF: ONU, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/>. Acesso em: 5 jul. 2021.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); STATISTICAL OFFICE OF THE EUROPEAN UNION (EUROSTAT). **A System of Health Accounts**: 2011 edition. Paris: OECD Publishing, 2011.

PAIM, J. S. **O Que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. **SUS: Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber**. São Paulo: Atheneu, 2019.

PAULA, E. A. de. *et al.* Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 24, n. 68990, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/68990>. Acesso em: 12 nov. 2022.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, set./out. 2003.

PINHEIRO, A. R. O; FREITAS, S. F. T. de; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, 2004.

PINHEIRO, A. L. S. et al. Health management: the use of information systems and knowledge sharing for the decision-making process. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 25, n. 03, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003440015> Acesso em: 09 nov. 2022.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, Rio de Janeiro, 2018.

PITITTO, B. *et al.* Metas no Tratamento do Diabetes. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 2022. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/metas-no-tratamento-do-diabetes/?pdf=3835>. Acesso em: 28 out. 2022.

PORTER, M. **Population care and chronic condition**: management at Kaiser Permanente. Oakland: Kaiser Permanente, 2007.

REIS, B. S. M. T. **Prevalência e tendência temporal dos fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis no município de Belo Horizonte, MG.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. BH, 2018.

RIBEIRO, M. A. *et al.* Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. **APS em Revista**, v.1, n.1, p. 29-38, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i1.5> Acesso em: 15 nov. 2022.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos. **Diagnóstico da Situação da Pessoa Idosa no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190301/27130102-diagnostico-dos-direitos-humanos-da-pessoa-idosa.pdf>. Acesso em: 24 out. 2022.

SÁ, G. B.A.R. *et al.* O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1849-1859, 2016.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. del P. B. **Metodologia de pesquisa.** 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 624 p.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: um estudo em um município baiano.** 2008. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6759/1/Diss%20MP.%20Julia%20Sousa%202008.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção.** 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SANTOS, T. B. S. *et al.* Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9. p. 3597-3609, ago./set. 2020.

SCHWAB, G. L. *et al.* Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 307-318, 2014.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/RS). **Plano estadual de saúde: 2016/2019.** Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (org.) Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>. Acesso em: 8 set. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE (SES/RS). **Plano Estadual de Saúde: 2020-2023.** Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (org.). Porto

Alegre, 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/04114126-plano-sem-logo.pdf>. Acesso em: 19 out. 2022.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/RS). **Termo de Referência Padrão:** Ambulatório de Especialidade em Hipertensão e Diabetes Mellitus. Elaboração, distribuição informações: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (org.). Porto Alegre, 2018.

SILVA, M. DE O. *et al.* O uso das ferramentas fofa e 5w2h para organização de uma barraca de feira livre. **PsiPro**, v. 1, n. 1, p. 126-146, 2022.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN (SBIBAE). **Nota técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada:** Saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2020.

SOLLA, J; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In:* GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-576, cap. 17.

SORENSEN, K. *et al.* Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 10, p. 12-80, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>. Acesso em: 21 out. 2022.

SOUZA, B. B. de *et al.* Consumo de frutas, legumes e verduras e associação com hábitos de vida e estado nutricional: um estudo prospectivo em uma coorte de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, pp. 1463-1472, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.03782017>. Acesso em: 15 nov. 2022.

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, p. 164, 2011.

STELLEFSON, M; DIPNARINE, K; STOPKA, C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. **Preventing Chronic Disease**, v. 10, p. 1-21, 2013.

STEURER-STEY, C. *et al.* The German version of the Assessment of Chronic Illness Care: instrument translation and cultural adaptation. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 18, n. 1, p. 1-4, 2012.

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, ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-152>. Acesso em: 14 nov. 2022.

TASCA, R. *et al.* Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2021-2030, 2019.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

THEIS L.C. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde em relação à implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 9, n. 68, p. 7-20, 2021.

WENSING, M. *et al.* The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. **BMC Health Services Research**, v. 1, n. 8, p. 182, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases progress monitor 2020**. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/ncd-progress-monitor-2020>. Acesso em: 5 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html). Acesso em: 10 dez. 2020.

VAZ DE ALMEIDA, C.; VEIGA, A. Literacia em saúde e capacitação do idoso na prevenção da diabetes mellitus tipo2 em contexto comunitário. **JIM - Jornal de Investigação Médica**, v. 1, n. 2, p. 6-21, 2020. DOI: 10.29073/jim.v1i2.294. Disponível em: <https://revistas.ponteditora.org/index.php/jim/article/view/294>. Acesso em: 25 out. 2022.

VIEIRA, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2018.

VINGILIS, E. *et al.* Descriptive and process evaluation of a shared primary care program. **Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice**, v. 5, n. 4, p. 1-10, 2007.

XU XH *et al.* Diabetic retinopathy predicts cardiovascular mortality in diabetes: a meta-analysis. **BMC Cardiovasc Disord**, v. 20, n. 1, p. 478, 2020.

ZHANG, Y. *et al.* Effects of integrated chronic care models on hypertension outcomes and spending: a multi-town clustered randomized trial in China. **BMC Public Health**, v. 17, n. 244, p. 1-11, 2017.



## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PERFIL DOS USUÁRIOS



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

#### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PERFIL DOS USUÁRIOS

Avaliador: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

**1. Sexo:**

1.1( ) Masculino      1.2( ) Feminino

**2. Idade \_\_\_\_\_ anos.**

**3. Estado civil:**

3.1( ) Solteiro(a).

3.4( ) Viúvo(a).

3.2( ) Casado(a) ou relação estável.

3.5( ) Outro: \_\_\_\_\_.

3.3( ) Separado(a).

**4. Nível de escolaridade:**

4.1( ) Nunca estudou

4.5( ) Superior incompleto

4.2( ) 1º grau incompleto

4.6( ) Superior completo/ pós-graduação

4.3( ) 1º grau completo e 2º incompleto

4.7( ) Não consta

4.4( ) 2º completo

**5. Renda familiar (R\$):**

5.1 ( ) Não possui renda

5.4 ( ) De 3 a 4 salários mínimos

5.2 ( ) menos de 1 salário mínimo

5.5 ( ) 5 ou mais salários mínimos

5.3 ( ) De 1 a 2 salários mínimos

5.6 ( ) Não informado

**6. Município de origem:**

6.1( ) Santa Maria/RS

6.2( ) outro/qual: \_\_\_\_\_.

**7. Diagnóstico:**

7.1( ) Diabetes tipo 1.

7.2( ) Diabetes tipo 2 NI.

7.3( ) HAS.

7.4( ) DM2 NI e HAS

7.5( ) DM2 IN e HAS

7.6( ) DM2 IN.

7.7( ) DM1 e HAS

7.8( ) NÃO CONSTA

**8. Número TOTAL de consultas realizadas no período: \_\_\_\_\_**

**9. Transição do cuidado com APS:**

9.1( ) Sim    9.2( ) Não

**10. A1C (hemoglobina glicada):**

10.1Primeiro valor: \_\_\_\_\_ Data (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

10.2Último valor: \_\_\_\_\_ Data (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

**11. Possui retinopatia diabética e/ou hipertensiva:**

11.1( ) Sim    11.2( ) Não    11.3( ) Não consta

**12. Índice de Massa Corporal: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>**

**13. Letramento em saúde:**

13.1( ) Baixo.

13.2( ) Médio.

13.3( ) Adequado.

13.4( ) N/G

**14. Autocuidado:**

14.1( ) Suficiente.

14.2( ) Insuficiente.

14.3( ) Não consta.

**15. Suporte familiar:**

15.1( ) Suficiente.

15.2( ) Insuficiente.

15.3( ) Não consta.

**16. Pratica exercício físico:**

16.1( ) Sim    16.2( ) Não

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

Avaliador:

Número:

### AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

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

**1. O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas:**

- 1.1 ( ) Não existe.
- 1.2 ( ) Há pouco interesse.
- 1.3 ( ) Existe e está refletido na visão, missão e plano estratégico.
- 1.4 ( ) Está incorporado nos recursos humanos e organizacionais.
- 1.5 ( ) Está plenamente incorporado em todos os níveis operacionais, estratégicos e humanos.

**2. Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas:**

- 2.1 ( ) Não existem.
- 2.2 ( ) São limitadas apenas a uma condição crônica.
- 2.3 ( ) Existem, mas não são revisadas regularmente.
- 2.4 ( ) São monitoradas e revisadas.
- 2.5 ( ) São monitoradas, revisadas periodicamente e plenamente incorporadas em planos de melhoria de qualidade.

**3. Estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas:**

- 3.1 ( ) Não existem.
- 3.2 ( ) São inconsistentes.
- 3.3 ( ) São emergenciais e destinadas a problemas pontuais.
- 3.4 ( ) Apresentam-se de como efetivas quando necessário.
- 3.5 ( ) Utilizam estratégias efetivas, proativas e inteiramente de acordo com os objetivos organizacionais.

**4. Regulação e incentivos para a atenção às condições crônicas:**

- 4.1 ( ) Não existem
- 4.2 ( ) Não são utilizados para definir as metas de desempenho clínico.
- 4.3 ( ) São utilizados para redução de custos.
- 4.4 ( ) São utilizados para apoiar metas terapêuticas.
- 4.5 ( ) São utilizados para motivar e empoderar os profissionais da saúde e apoiar as metas de desempenho clínico.

**5. Liderança superior da organização:**

- 5.1 ( ) Desencorajam a participação da equipe
- 5.2 ( ) Não dão prioridade à melhoria da atenção às condições crônicas.
- 5.3 ( ) Encorajam parcialmente esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.

- 5.4 ( ) Encorajam totalmente esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.  
5.5 ( ) Participam ativamente de esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.

**6. Benefícios e incentivos (econômicos e morais):**

- 6.1 ( ) Desencorajam o autocuidado ou mudanças sistêmicas pelos pacientes.  
6.2 ( ) Nem encorajam nem desencorajam o autocuidado ou mudanças.  
6.3 ( ) Encorajam parcialmente o autocuidado ou mudanças pelos pacientes.  
6.4 ( ) Encorajam totalmente esforços para melhoria da atenção às condições crônicas.  
6.5 ( ) São especificamente desenhados para promover uma melhor atenção às condições crônicas.

**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.**

**7. Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias dos recursos comunitários:**

- 7.1 ( ) Não existe.  
7.2 ( ) Existe, porém não é sistematizada.  
7.3 ( ) É limitada de acordo com disponibilidade e acesso.  
7.4 ( ) É realizada e utiliza o máximo de recursos comunitários.  
7.5 ( ) É plenamente realizada por meio de ativa coordenação entre a instituição de saúde, as organizações comunitárias e as pessoas usuárias.

**8. Parceria com organizações comunitárias:**

- 8.1 ( ) Não existe.  
8.2 ( ) Existe, porém não é considerada.  
8.3 ( ) Existe e é considerada e implementada parcialmente.  
8.4 ( ) Está estruturada para apoiar programas de atenção às condições crônicas.  
8.5 ( ) É ativa e formalmente estabelecida para dar suporte à atenção às condições crônicas.

**9. Conselho local de saúde:**

- 9.1 ( ) Não existe.  
9.2 ( ) Existe, mas não tem participação.  
9.3 ( ) Existe e acompanha parcialmente as ações da instituição de saúde.  
9.4 ( ) Existe e acompanha plenamente a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas.  
9.5 ( ) Existe, acompanha, participa e controla os incentivos de desempenho da equipe e instituição de saúde.

**10. Agente comunitário de saúde:**

- 10.1 ( ) Não existe.  
10.2 ( ) Existe, porém não está incorporado à atenção às condições crônicas.  
10.3 ( ) Existe, está incorporado à atenção às condições crônicas, mas atua de forma não sistemática, sem cobertura total da comunidade.  
10.4 ( ) Está incorporado às condições crônicas, atua de forma sistemática e articulado com instituição de saúde e comunidade.  
10.5 ( ) Está totalmente incorporado às condições crônicas, atua de forma sistemática de acordo com as diretrizes clínicas e articulado com instituição de saúde e comunidade.

**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.**

**11. Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado:**

- 11.1 ( ) Não existem.  
11.2 ( ) Existem, mas não são realizadas.

- 11.3 ( ) Existem e são realizadas parcialmente.  
 11.4 ( ) Existem e são realizadas de maneira padronizada.  
 11.5 ( ) São realizadas de maneira padronizadas e articuladas com o plano de cuidado de cada pessoa usuária.

**12. Suporte para o autocuidado apoiado:**

- 12.1 ( ) Não existe.  
 12.2 ( ) É limitado à distribuição de informativos (panfletos, folderes e outras informações escritas).  
 12.3 ( ) É disponibilizado por meio de atividades educacionais sobre autocuidado apoiado.  
 12.4 ( ) É oferecido por educadores capacitados da equipe multiprofissional, mas envolve apenas alguns portadores de condições crônicas.  
 12.5 ( ) 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.

**13. Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares:**

- 13.1 ( ) Não é realizado.  
 13.2 ( ) É realizado de forma inconsistente.  
 13.3 ( ) É realizado de modo específico e por referência, quando solicitado.  
 13.4 ( ) É estimulado e disponibilizado por meio de grupos de pares e atenção em grupo.  
 13.5 ( ) Constitui parte integrante da atenção às condições crônicas e inclui avaliação sistemática, com envolvimento contínuo em grupos de pares e atenção em grupo.

**14. Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares:**

- 14.1 ( ) Não existem.  
 14.2 ( ) Limitam-se à distribuição de informativos (panfletos, folderes e outras informações escritas).  
 14.3 ( ) Existem, porém, estão disponíveis parcialmente, apenas alguns membros da equipe multiprofissional executam.  
 14.4 ( ) Todos os profissionais da equipe realizam intervenções efetivas de mudança de comportamento às pessoas portadoras de condições crônicas.  
 14.5 ( ) Estão disponíveis prontamente e fazem parte integral da rotina da atenção às condições crônicas e utilizam rotineiramente tecnologias de mudança de comportamento (modelo transteórico de mudanças, entrevista motivacional, grupo operativo, processo de solução de problemas).

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

**15. Diretrizes clínicas baseadas em evidências:**

- 15.1 ( ) Não estão disponíveis.  
 15.2 ( ) Estão disponíveis, mas não são integradas na prática clínica à atenção às condições crônicas.  
 15.3 ( ) Estão disponíveis e integram a prática clínica à atenção às condições crônicas.  
 15.4 ( ) Estão disponíveis, integradas à prática clínica e inseridas em atividades de educação permanente dos profissionais da saúde.  
 15.5 ( ) Estão disponíveis, implantadas por educação permanente dos profissionais e integradas à atenção às condições crônicas por meio de alertas, *feedbacks* e incentivos para sua adoção pelos profissionais de saúde.

**16. Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde:**

- 16.1 ( ) Não existe.  
 16.2 ( ) É feito por meio de referenciamento tradicional.

16.3 ( ) É alcançado e implementado rotineiramente conforme as diretrizes clínicas.

16.4 ( ) Faz parte de um processo de educação permanente.

16.5 ( ) Inclui participação por meio de educação permanente, sessões de discussão de casos clínicos e trabalho clínico conjunto.

**17. Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas:**

17.1 ( ) Não é realizada.

17.2 ( ) É feita esporadicamente.

17.3 ( ) É feita sistematicamente por meio de métodos tradicionais de educação.

17.4 ( ) É feita sistematicamente por uma parte de alguns profissionais, utilizando métodos específicos e com base nas diretrizes clínicas.

17.5 ( ) É feita sistematicamente, inclui toda a equipe, utiliza métodos educacionais adequados para mudança de comportamento, com base nas diretrizes clínicas, envolve métodos de gestão populacional e apoio ao autocuidado.

**18. Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas:**

18.1 ( ) Não é realizada.

18.2 ( ) Apenas quando a pessoa usuária solicita.

18.3 ( ) Existem alguns informativos afixados em murais ou materiais impressos.

18.4 ( ) É realizada para pessoas usuárias específicas, por meio de material educativo para cada diretriz clínica.

18.5 ( ) É realizada para a maioria das pessoas usuárias, por meio de métodos adequados e específicos para cada diretriz clínica.

**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.**

**19. Trabalho em equipe:**

19.1 ( ) Não existe.

19.2 ( ) Ocorre de acordo com a disponibilidade dos profissionais.

19.3 ( ) Existe com treinamento apropriado em cada um dos componentes da atenção a condições crônicas.

19.4 ( ) É assegurado e sistematizado por meio de reuniões regulares, com enfoque nas diretrizes clínicas.

19.5 ( ) É assegurado por meio de reuniões regulares, com enfoque nas diretrizes clínicas, atribuições bem definidas, monitoramento pró-ativo das pessoas usuárias e de recursos de coordenação.

**20. Liderança das equipes de saúde:**

20.1 ( ) Não é reconhecida pela instituição de saúde.

20.2 ( ) É reconhecida, porém com muitas limitações.

20.3 ( ) É reconhecida para papéis específicos.

20.4 ( ) É reconhecida, possui um líder, mas seu papel na atenção às condições crônicas não está definido.

20.5 ( ) Está garantida pela instituição de saúde por designação de um líder com definição clara de papéis e responsabilidades na atenção às condições crônicas.

**21. Sistema de agendamento:**

21.1 ( ) Não está organizado.

21.2 ( ) Está parcialmente organizado.

21.3 ( ) Está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais.

21.4 ( ) Está organizado e inclui agendamentos para exames e consultas individuais, facilitando o contato com diferentes profissionais da equipe multiprofissional.

21.5 ( ) Está organizado e inclui agendamentos para exames, consultas individuais e atenção em grupo.

**22. Monitoramento da condição crônica:**

- 22.1 ( ) Não existe.
- 22.2 ( ) Existe, mas não está organizado.
- 22.3 ( ) É ofertado quando a pessoa usuária solicita.
- 22.4 ( ) É organizado pelos profissionais com base nas diretrizes clínicas.
- 22.5 ( ) Está organizado e adaptado às necessidades das pessoas usuárias, com base nas diretrizes clínicas.

**23. Continuidade do cuidado:**

- 23.1 ( ) Não existe.
- 23.2 ( ) Existe, porém não é uma prioridade.
- 23.3 ( ) Depende de comunicação escrita entre profissionais da atenção primária e especialistas.
- 23.4 ( ) Existe, é uma prioridade, mas não é implementada sistematicamente.
- 23.5 ( ) É uma alta prioridade, e as intervenções em condições crônicas incluem uma coordenação ativa entre atenção primária e especialistas.

**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.**

**24. Prontuário clínico eletrônico:**

- 24.1 ( ) Não está disponível.
- 24.2 ( ) Está disponível parcialmente.
- 24.3 ( ) Está disponível, mas é construído individualmente.
- 24.4 ( ) Está disponível e é construído com base familiar.
- 24.5 ( ) Está disponível, é construído com base familiar, coerente com as diretrizes clínicas e com o modelo de atenção às condições crônicas.

**25. Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco):**

- 25.1 ( ) Não está disponível.
- 25.2 ( ) Está disponível, inclui nome, diagnóstico, informação de contato e data do último contato com o serviço.
- 25.3 ( ) Está disponível, permite a identificação de alguns usuários segundo subpopulações por estratificação de risco.
- 25.4 ( ) Está disponível, permite a identificação de todos os usuários segundo subpopulações por estratificação de risco e de acordo com as diretrizes clínicas.
- 25.5 ( ) Está disponível, permite a identificação de todos os usuários segundo subpopulações por estratificação de risco, de acordo com as diretrizes clínicas e permite emissão de lembretes para as pessoas usuárias.

**26. Alertas para os profissionais:**

- 26.1 ( ) Não estão disponíveis.
- 26.2 ( ) Estão parcialmente disponíveis.
- 26.3 ( ) Estão disponíveis, incluem notificação geral da existência de condição crônica, mas não determinam intervenções específicas.
- 26.4 ( ) Estão disponíveis, incluem indicação de intervenções por subpopulação e intervenções necessárias.
- 26.5 ( ) Estão disponíveis, incluem indicação de intervenções por subpopulação com intervenções necessárias e dão informações específicas para a equipe sobre a adesão às diretrizes clínicas no momento do atendimento.

**27. Feedbacks para a equipe de saúde:**

- 27.1 ( ) Não estão disponíveis.
- 27.2 ( ) São fornecidos em intervalos irregulares e de forma informal.

- 27.3 ( ) Ocorrem de forma regular, porém são insuficientes.  
 27.4 ( ) Ocorrem em intervalos suficientes para monitorar o desempenho da equipe.  
 27.5 ( ) São fornecidos oportunamente, de forma pessoal e rotineira por um líder para melhorar o desempenho da equipe.

**28. Plano de cuidado das pessoas usuárias:**

- 28.1 ( ) Não é elaborado.  
 28.2 ( ) É elaborado em formato padrão pela equipe de saúde.  
 28.3 ( ) É feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária e inclui metas clínicas.  
 28.4 ( ) É feito em conjunto pela equipe de saúde, pessoa usuária, inclui metas clínicas e ações de autocuidado.  
 28.5 ( ) É feito em conjunto pela equipe de saúde, pessoa usuária, inclui metas clínicas, ações de autocuidado e é monitorado regularmente

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

**29. Informação às pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas:**

- 29.1 ( ) Não é realizada.  
 29.2 ( ) Acontece apenas quando solicitada.  
 29.3 ( ) Ocorre por meio de publicações.  
 29.4 ( ) É feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica  
 29.5 ( ) É feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica, descrevendo o papel da pessoa usuária no autocuidado apoiado e na adesão às diretrizes clínicas.

**30. Sistema de informação/registo clínico:**

- 30.1 ( ) Insuficiente e bastante incompleto  
 30.2 ( ) Parcialmente completo, não inclui metas de autocuidado.  
 30.3 ( ) Inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, mas não inclui metas de autocuidado apoiado  
 30.4 ( ) Inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, com metas de autocuidado apoiado.  
 30.5 ( ) Completo, além de gerar alerta aos profissionais e pessoas usuárias referente ao monitoramento das condições crônicas e à reavaliação periódica das metas de autocuidado apoiado.

**31. Programas comunitários:**

- 31.1 ( ) São poucos e insuficientes.  
 31.2 ( ) Não fornecem *feedback* para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.  
 31.3 ( ) Fornecem *feedback* esporadicamente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.  
 31.4 ( ) fornecem *feedback* regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, por exemplo, relatórios na internet, plano de cuidado.  
 31.5 ( ) Fornecem *feedback* regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, que são utilizados para modificar os programas de acordo com as necessidades das pessoas usuárias.

**32. Monitoramento das metas dos planos de cuidado:**

- 32.1 ( ) Não é realizado.  
 32.2 ( ) É realizado esporadicamente.  
 32.3 ( ) É realizado apenas para pessoas usuárias agendadas.

32.4 ( ) É realizado por um profissional responsável pela pessoa usuária.

32.5 ( ) 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.

**33. Diretrizes clínicas para as condições crônicas:**

33.1 ( ) Não são desenvolvidas.

33.2 ( ) Não são compartilhadas com as pessoas usuárias.

33.3 ( ) São fornecidas às pessoas usuárias que demonstram interesse no autocuidado apoiado de suas condições crônicas.

33.4 ( ) 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.

33.5 ( ) São compartilhadas pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias para desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento que levem em conta as metas das pessoas usuárias e a disposição para as mudanças.

## APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**Centro de Ciências Sociais e Humanas**  
**Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas**

**Título do projeto:** Avaliação da Abordagem Assistencial Ambulatorial na Atenção Especializada às Condições Crônicas em Saúde do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM).

**Pesquisadores responsáveis:** Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel (coordenador) e Elsa Maria Kasrburg da Rosa (participante).

**Instituição/Departamento:** UFSM - Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH)

**Telefone:** (55) 3220-9365

**Local de coleta dos dados:** Ambulatório de Atenção Especializada em Diabetes e Hipertensão de Alto e Muito Alto Risco do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de levantamento de prontuários dos usuários, questionários com os profissionais do serviço e entrevistas, a serem aplicadas para os gestores do Ambulatório de Atenção Especializada em Diabetes e Hipertensão de Alto e Muito Alto Risco do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM). Concordam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas pelo Programa de Pós-graduação em Gestão de Organizações Públicas (PPGOP), situado na Avenida Roraima nº 1000, prédio 74B, sala 3250 - Cidade Universitária, UFSM, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., e recebeu o número Caae .....

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel  
 Pesquisador responsável

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**Centro de Ciências Sociais e Humanas**  
**Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas**

**Título do estudo:** Avaliação da Abordagem Assistencial Ambulatorial na Atenção Especializada às Condições Crônicas em Saúde do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM).

**Pesquisadores responsáveis:** Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel (coordenador) e Elsa Maria Kasrburg da Rosa (participante).

**Instituição/Departamento:** UFSM - Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH).

**Telefone:** (55) 3220-9365

**Local de coleta dos dados:** Ambulatório de Atenção Especializada em Diabetes e Hipertensão de Alto e Muito Alto Risco do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM).

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas desta entrevista, de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e respondê-la, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

O objetivo deste estudo é avaliar a gestão do cuidado produzido pelo serviço de Atenção Ambulatorial Especializada voltado aos usuários portadores de hipertensão e diabetes de alto e muito alto risco, tendo como pressupostos o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Acreditamos que os resultados desta pesquisa contribuirão para a geração de conhecimento a fim de interferir na captação de informações e na tomada de decisões capazes de influenciar diretamente na melhoria do serviço prestado e gestão do cuidado da população de 33 municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul.

Essa entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica a você. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL****AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu Elvis Prestes, abaixo assinado, responsável administrativo do Hospital Regional de Santa Maria, autorizo a realização do estudo **AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM ASSISTENCIAL AMBULATORIAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA (HRSM)**, a ser conduzido pelos pesquisadores Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel (coordenador) e Elsa Maria Karsburg da Rosa.

Fui informado, pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Santa Maria, 16 de dezembro de 2021.

Elvis P. Prestes  
Diretor Administrativo  
HOSPITAL REGIONAL DE SM

Elvis Prestes

Diretor Administrativo do Hospital Regional de Santa Maria

Assinatura e carimbo do responsável institucional