



Universidade Federal
de Campina Grande

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA – UACV
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RICARDO SHOSTENES DE ABREU ROLIM

**O HIPERTENSÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

CAJAZEIRAS – PB

2012

RICARDO SHOSTENES DE ABREU ROLIM

**O HIPERTENSÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, do Centro de Formação de Professores – CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento.

CAJAZEIRAS – PB

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

R748h Rolim, Ricardo Shostenes de Abreu
O hiperdia na estratégia de saúde da família: uma
avaliação da atenção aos hipertensos e diabéticos /
Ricardo Shostenes de Abreu Rolim. Cajazeiras, 2012.
88f. : il.

Orientadora: Aissa Romina Silva do Nascimento.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCG

1. Hipertensos. 2. Diabéticos. 3. Doenças crônicas
4. Assistência à saúde – Hipertensos e diabéticos.
I. Nascimento, Aissa Romina Silva do III. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 616.12-008.331.1

RICARDO SHOSTENES DE ABREU ROLIM

**O HIPERTENSÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão do Curso – TCC, apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, do Centro de Formação de Professores – CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovado em 12 de novembro 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
UACV/CFP/UFCG
Orientadora

Prof.^a Esp. Edineide Nunes da Silva
UACV/CFP/UFCG
Membro Examinador

Prof.^a Ms. Eliane de Sousa Leite
UACV/CFP/UFCG
Membro Examinador

Dedico esse trabalho a Deus, nosso pai soberano, guia e protetor, por me contemplar com mais um novo dia, uma nova oportunidade, pela sabedoria, pela saúde, pela força, pela coragem e por minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sem o qual jamais teria vencido essa nova etapa em minha vida.

A minha família que, em nome dos meus pais, Cicero e Tica, agradeço a todos, por tudo que significam em minha vida.

A minha orientadora, Prof.^a Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento, pela disponibilidade, incentivo e contribuição para com esse estudo e minha formação.

Ao meu amigo, Prof. Ms. Isaías de Oliveira Ehrich, pela paciência na revisão e formatação do trabalho.

Aos meus amigos e amigas que sempre estiveram comigo em todas as etapas da minha vida, sem fazer qualquer menção, e à família 2008.1 pelas histórias, amizades e por tudo que vivemos nesses cinco anos de convivência.

A todos os doutores, mestres, especialistas fontes da educação, que se dedicaram em nossa formação, proporcionando-nos a partilha de seus saberes, nos tornando cidadãos e futuros profissionais.

A todos os que fazem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), especialmente o Centro de Formação de Professores (CFP), desde os professores até os terceirizados, que colaboram dia-a-dia na formação acadêmica de milhares de estudantes.

A todos os enfermeiros, mestres da arte do cuidado, pela colaboração no estudo, em minha formação e por conduzir da melhor forma os desafios que a profissão impõe.

E em especial a minha namorada, Rainy Soares Siqueira Ricarte, pela humildade, pela simplicidade, pela cumplicidade, pela ajuda, pela compreensão, pelo apoio, pela nova família, pelo insensitivo, pela tranquilidade, pelo carinho, cuja presença foi fundamental para o desenvolvimento desse estudo em todas as suas etapas. Você me apresentou luz, calor e alegria nesses poucos mais de dois anos de relacionamento a você, pelo exemplo diário, todo meu amor e gratidão.

Educar é educar-se na prática da liberdade, é tarefa daqueles que sabem que pouco sabem - por isso sabem algo e podem assim chegar a saber mais - em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais.

Paulo Freire

ROLIM, Ricardo Shostenes de Abreu Rolim. **O Hiperdia na Estratégia de Saúde da Família: Uma Avaliação da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores – Universidade Federal de Campina Grande – CFP/UFCG, Cajazeiras-PB – 2012, p. 88.

RESUMO

O expressivo aumento na incidência e conseqüentemente da prevalência, da morbimortalidade e os altos custos gerados pela hipertensão arterial e pelo diabetes *mellitus*, faz-nos priorizar as diversas linhas e cuidados do programa HIPERDIA, oferecido pela estratégia de saúde da família. Este estudo objetivou mensurar o nível de atenção voltado à qualidade, ofertada no sistema de saúde cajazeirense, com aplicação do Questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas – ACIC versão 3.5, identificando pontos vulneráveis e desenvolvidos do programa, possibilitando a realização de um plano de intervenções consistente e objetivo, frente às doenças crônicas não transmissíveis. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, em campo, remetendo-se ao HIPERDIA com abordagem quantitativa, realizada na cidade de Cajazeiras-PB entre os meses de abril a outubro de 2012. A partir da aplicação do ACIC, didaticamente dividido, para melhor atender às necessidades da pesquisa, em três áreas focais: Recursos e Políticas, respondido pela gerente da atenção básica do município, pela Comunidade, respondido pelo presidente do conselho municipal de saúde e pela Unidade de Saúde, respondido por 12 unidades de saúde da família que atenderam aos nossos critérios de inclusão e exclusão, totalizando 14 sujeitos da pesquisa. Os dados coletados foram transcritos e analisados de forma estatística descritiva com o auxílio dos softwares Microsoft Office Excel 2010 e Microsoft Office Word 2010. Os sujeitos da pesquisa eram em sua maioria do sexo feminino (85,7%), com idade compreendida entre 30 a 35 anos (35,7%), com ensino superior em enfermagem (92,9%) e representaram na aplicação, em sua maioria, a unidade de saúde da família (85,72%). Obteve-se um resultado considerado esperado, normal, onde ainda não se têm implantado medidas que possam favorecer a melhoria da qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos tornando-se necessário a realização de avaliação da qualidade de forma permanente.

Palavras Chave: Hipertensos. Diabéticos. Doenças Crônicas. Assistência à Saúde.

ROLIM, Ricardo Shostenes de Abreu Rolim. **O Hiperdia na Estratégia de Saúde da Família: Uma Avaliação da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores – Universidade Federal de Campina Grande – CFP/UFCG, Cajazeiras-PB – 2012, p. 88.

ABSTRACT

The significant increase in the incidence and consequence of the prevalence, morbidity and mortality and high costs caused by hypertension and diabetes mellitus, makes us prioritize the various lines and HIPERDIA care program offered by the family health strategy. This study aimed to measure the level of attention focused on the quality offered in the health system cajazeirense, with of the application Assessment of Chronic Illness Care – ACIC version 3.5, identifying vulnerabilities and developed the program, allowing the development of a plan of interventions consistent and objective, compared to chronic diseases not transferable. This is a survey of exploratory and descriptive nature, field, referring to the quantitative approach with HIPERDIA held in the city of Cajazeiras-PB between the months of April to October 2012. From the application of the ACIC, didactically divided, to better meet the needs of the research in three focal areas: Policies and Resources, responded by primary care manager of the municipality by the Community responded by president municipal health council and the Health Unit, accounted for 12 units of family health that met our inclusion and exclusion criteria, a total of 14 research subjects. The collected data were transcribed and analyzed using descriptive statistics with the help of software Microsoft Office Excel 2010 and Microsoft Office Word 2010. The study subjects were mostly female (85.7%) aged 30 to 35 years (35.7%), with higher education in nursing (92.9%) and represented in the application, in Most of the family health unit (85.72%). Obtained as a result considered expected, normal, where they have not yet implemented measures that can facilitate the improvement of the quality of care for hypertension and diabetes becoming necessary to conduct quality assessment permanently.

Keywords: Hypertensives. Diabetics. Chronic Diseases. Health Assistance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de cuidado para doenças crônicas (MCC) _____	37
Figura 2 – Interpretação do resultado final para o ACIC versão 3.5 _____	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Escore médio do ACIC para Organização do Sistema de Saúde – SMS _	48
Gráfico 2 –	Escore médio do ACIC para Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas – SMS _____	49
Gráfico 3 –	Escore médio do ACIC para Cooperação Comunitária – CMS _____	50
Gráfico 4 –	Escore médio do ACIC Apoio para o Autocuidado – USF _____	51
Gráfico 5 –	Escore médio do ACIC Suporte para Decisões Clínicas – USF _____	52
Gráfico 6 –	Escore médio do ACIC Desenho da Linha de Cuidado – USF _____	53
Gráfico 7 –	Escore Médio do ACIC Sistema de Informação Clínica – USF _____	54
Gráfico 8 –	Escore médio total do ACIC para Cajazeiras/PB _____	56
Gráfico 9 –	Escore final total do ACIC para Cajazeiras/PB _____	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Classificação da PA de acordo com a média casual no consultório _____	22
Quadro 2 –	Fatores de risco para doenças cardiovasculares _____	22
Quadro 3 –	Estratificação do risco cardiovascular _____	24
Quadro 4 –	Fatores de risco para o desenvolvimento de DM tipo 2 _____	27
Quadro 5 –	Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> e seus estágios pré-clínicos _____	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa por sexo _____	44
Tabela 2 –	Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa por faixa etária _____	45
Tabela 3 –	Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa por escolaridade _____	45
Tabela 4 –	Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa por local representado _	45
Tabela 5 –	Identificação e numeração das USF _____	46
Tabela 6 –	Eixos do ACIC por local de aplicação _____	47
Tabela 7 –	Resultado Final ACIC _____	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Autocuidado
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ACIC	<i>Assessment of Chronic Illness Care</i> (Questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas)
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	<i>American Diabetes Association</i> (Associação Americana de Diabetes)
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
CC	Cooperação Comunitária
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DBH	Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial
DC	Doenças Crônicas
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DLC	Desenho da Linha de Cuidado
DM 1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1
DM 2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
DSBD	Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FNPS	Fundo Nacional de Previdência Social
GM	Gabinete Ministerial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	<i>High-density lipoprotein</i> (lipoproteína de alta densidade)
HIPERDIA	Programa de Acompanhamento para Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMCC	Integração dos Componentes do MCC
IDF	<i>International Diabetes Federation</i> (Federação Internacional de Diabetes)
IMC	Índice de Massa Corpórea
LDL	<i>Low-density lipoprotein</i> (lipoproteína de baixa densidade)

LOA	Lesão aos órgãos-alvo
MCC	<i>Chronic Care Model</i> – CCM (Modelo de Cuidado de Doenças Crônicas)
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSS	Organização do Sistema de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAB	Piso da Atenção Básica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PROGRAB	Programação para Gestão por Resultados
PSF	Programa de Saúde da Família
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SDC	Suporte para Decisões Clínicas
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIC	Sistema de Informação Clínica
SISHIPERDIA	Sistema de Informação em Saúde do Programa de Acompanhamento para Hipertensos e Diabéticos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICO-FUNCIONAL, A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PAPEL DECISIVO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA	19
2.1	CONTEXTUALIZANDO AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	19
2.2	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	21
2.2.1	Saberes epidemiológicos	21
2.2.2	Classificação da Pressão Arterial e diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica	22
2.2.3	Fatores de risco para doenças cardiovasculares	22
2.2.3.1	Principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares	23
2.2.4	Estratificação do risco cardiovascular	24
2.3	DIABETES MELLITUS	24
2.3.1	Saberes epidemiológicos	25
2.3.2	Classificação etiológica	26
2.3.2.1	Fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes mellitus	27
2.3.2.2	Controle dos fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes mellitus	27
2.3.3	Diagnóstico de diabetes e da hiperglicemia intermediária	27
2.3.3.1	Principais sintomas de diabetes mellitus	28
2.3.3.2	Métodos e critérios para diagnóstico de diabetes mellitus	28
2.3.3.2.1	Exames laboratoriais para diagnóstico de diabetes mellitus e regulação glicêmica alterada	28
2.3.4	Deteção precoce no diabetes mellitus	29
2.4	O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DO DIABETES MELLITUS	29
2.5	QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA	32
2.6	O ENFERMEIRO E AS AÇÕES DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA	34
2.7	AValiação da atenção às doenças crônicas	36
3	METODOLOGIA DE PESQUISA	39
3.1	TIPO DE ESTUDO	39

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA _____	40
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA _____	41
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO _____	41
3.5 INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DE DADOS _____	41
3.6 PROCEDIMENTOS PARA A EXTRAÇÃO DE DADOS _____	42
3.7 PROCESSAMENTO E DISCUSSÃO DOS DADOS _____	42
3.8 ABORDAGEM ÉTICA _____	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO _____	44
4.1 CARACTERIZAÇÕES DOS SUJEITOS DA PESQUISA _____	44
4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS _____	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	61
REFERÊNCIAS _____	64
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA _____	69
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ____	71
ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A DOENÇAS CRÔNICAS (ACIC - VERSÃO 3.5) _____	73
ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (MAIO E JUNHO) _____	87
ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (AGOSTO E SETEMBRO) _____	88

1 INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) é um desafio constante para todos os labutadores que atuam na rede pública. Há de se pensar na necessidade de reorientar as estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar, do planejamento à promoção da saúde individual e coletiva. Muito além dá necessidade de reavaliar e acompanhar a crescente assistência está há necessidade de oferecer qualidade com resolutividade e saber se a estratégia adotada realmente atende as reais necessidades do indivíduo.

O maior desafio hoje da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é melhorar a qualidade da atenção básica, trabalhando com maior integração entre os diversos programas e profissionais. Conhecer os reais efeitos e os benefícios gerados pela estratégia proposta através de um trabalho avaliativo-qualitativo. Propor mudanças nas práticas profissionais baseadas na reflexão crítica do processo ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho, construindo e elucidando novos saberes pela interação com os sujeitos.

O aumento expressivo da incidência, da prevalência, da morbimortalidade e os altos custos diretos e indiretos da Hipertensão Arterial (HAS) e do Diabetes *Mellitus* (DM) nos faz priorizar a reorganização das diversas linhas de cuidados do Programa de Acompanhamento para Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) oferecido na atenção primária à saúde, diretamente pela ESF. Ele foi captado pelo Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do SUS oferecendo assistência integral contando com: diagnóstico, cadastramento, acompanhamento, entrega de medicação, referência, dentre outros (BRASIL, 2009).

No Brasil, a prevalência da HAS nos últimos vinte anos teve média de 32,5% em sua população, sendo 50% na população entre 60 e 69 anos e de 75% na população acima dos 70 anos. Esta tem sido a principal causa de morte em nosso país, em 2007, observaram-se 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório com 1.157.509 internações. No Brasil, somente em novembro de 2009, foram 91.970 internações que custaram ao erário R\$ 165.461.644,33 (CESARINO et al, 2008; DATASUS, 2012; DBH VI, 2010).

Nesta conjectura, torna-se premente a busca por respostas a essa problemática, onde o pesquisador precisa estar apto a entendê-las antes de atuar em seu universo. Precisa tomar conhecimento de variáveis lógicas e o percurso metodológico a ser transcorrido. Toda via é impossível avaliar o impacto sem avaliar o processo. Identificar os indicadores do processo de avaliação e os tipos de pesquisa torna-se necessário antes de mensurá-la.

A necessidade de avaliar o sistema HIPERDIA decorre da alta prevalência e incidência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), HAS e DM. Acompanhá-las, conjuntamente, em virtude da co-morbidade e semelhanças tais quais: etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, complicações, tratamento não medicamentoso, decurso inicial assintomático, adesão ao tratamento irregular, abandono de tratamento e não adesão familiar.

O desejo de abordar a qualidade desse programa em um estudo objetivou identificar se há de fato uma qualidade necessária ao serviço prestado, indicando pontos do sistema vulneráveis e os mais desenvolvidos possibilitando a apresentação de planos claros e objetivos necessários ao bom atendimento, ao sucesso ou a melhor condução das propostas do programa de saúde pública.

Nesse aspecto avaliar diretamente os programas de saúde pública constitui um novo eixo norteador. São escassos os trabalhos registrados e publicados com relação a essa abordagem científica como Cesarino et al (2008), Galindo (2010) e OPAS (2010) havendo, portanto, a necessidade de novas pesquisas para estimular e traçar novas metas de atuação na atenção básica. A relevância desse estudo está em proporcionar uma avaliação de um programa de saúde pública tão importante, o HIPERDIA, a fim de compreender o quanto a estratégia e o programa estão preconizando a sua aplicabilidade no município de Cajazeiras-PB.

Denota-se, ainda, significativa relevância científica no campo da Enfermagem, uma vez que representa a possibilidade de contribuição ao seu trabalho, onde os conhecimentos gerados podem transformar-se em subsídios para a implantação de programas, para o planejamento de estratégias, do cuidado ao atendimento, do hipertenso e do diabético, na sociedade cajazeirense, bem como revelar pontos frágeis do sistema de atenção básica como identificar os avanços no campo da pesquisa, enfocando a importância das relações interpessoais que existem neste contexto, indispensável à qualidade de vida e à cidadania dos indivíduos, no intuito de promover a intervenção adequada à realidade no nosso país, contribuindo assim, para um processo construtivo, qualitativo, permanente e eficaz.

Em seu primeiro capítulo, contextualizamos as DCNT, o seu potencial maléfico e os fatores relacionados. Abordamos também a epidemiologia, a classificação, os fatores de risco da HAS e a epidemiologia, definição, classificação, os métodos e os critérios para o diagnóstico de DM. Em seguida, será apresentado o papel da ESF no controle da HAS e do DM. Abordamos ainda sobre a qualidade necessária nos serviços de saúde para melhor atender o quesito resolutividade humanizada, na integração do serviço e por último, porém

não menos importante, o papel do enfermeiro nas ações de controle dos programas por ele assistidos.

Em seguida, no segundo capítulo, apresentamos o percurso metodológico utilizado na pesquisa, da caracterização, do tipo de estudo, do local do estudo, da população e da amostra, dos critérios e o processo de coleta dos dados.

Após todo o embasamento teórico e o percurso metodológico teremos o terceiro e último capítulo, onde apresentamos a análise, os resultados obtidos e a discussão metodológica.

Diante do exposto, almeja-se que a pesquisa contribua de forma efetiva para avaliar a atenção voltada para as doenças crônicas, especificamente a HAS e o DM, pelo programa HIPERDIA, a partir da aplicação do Questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas (ACIC – versão 3.5). Permitindo uma avaliação holística, identificando os pontos mais fortalecidos e os mais fragilizados, numa perspectiva local e municipal, e por fim, assegurar um planejamento de intervenções nos diversos campos que necessitam de uma melhor atenção e um melhor curso, reorientando a estratégia tornando-a mais efetiva e ofertando uma melhor qualidade.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICO-FUNCIONAL, A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PAPEL DECISIVO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

O primeiro capítulo deste trabalho científico apresenta uma breve discussão teórica dos principais temas abordados neste estudo. Ele possui a função de validar a dimensão interna e de construto da pesquisa, estabelecendo relações causais com operacionais, buscando aplicar situações encontradas, vivenciadas, reflexionadas com o objeto do estudo. Usaremos como ancoragem teórica BRASIL (2005a), BRASIL (2006a), DBH VI (2010), Galindo (2010), Minas Gerais (2006), OPAS (2010), DSBD (2009), dentre outros.

2.1 CONTEXTUALIZANDO AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As transformações marcaram o século XX e determinaram um novo marco histórico, uma mudança epidemiologia no perfil das doenças, onde as doenças crônicas não transmissíveis aumentaram substancialmente. Por sua alta prevalência, pelos altos custos gerados, pela morbimortalidade, elas assumiram uma especificidade agravante, ainda não vista e preocupante (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2006a).

As DCNT são formadas pelas doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Por seu perfil, acabam tendo fatores de risco comuns, necessitando de cuidados assistenciais progressivos, gerando ônus ao erário à medida que há inversão etária da pirâmide com o envelhecimento populacional (BRASIL, 2005a).

Segundo Galindo (2010) são inúmeros os fatores que podem estar relacionados à importância cada vez maior destas doenças. Em parte, pode estar relacionada às transições demográficas e epidemiológicas que marcaram caracteristicamente essa nova fase, porém uma amostra apreciável está ligada ao não controle dos fatores de risco que geram essas doenças tão preocupantes.

O impacto econômico das DCNT produz um elevado gasto ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Fundo Nacional de Previdência Social (FNPS) em virtude da alta mortalidade e invalidez precoce dos segurados.

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de DCNT, constitui a principal causa de óbito no Brasil. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório e em 2008 atingiram 314.506 mortes. Entre 1990 e 2006 observou-se uma tendência lenta, latente e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (DBH VI, 2010).

A DBH VI afirma que:

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de Internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequentemente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007 sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 7-8).

O Ministério da Saúde (MS) adota diversas estratégias e ações para reduzir o ônus das DCV na população brasileira como: campanhas anti-tabágicas, políticas de alimentação e nutrição, promoção da saúde com ênfase na escola e ações de atenção à hipertensão e ao diabetes com garantia de medicamentos básicos na rede pública, na atenção primária em saúde, aliada a capacitação dos seus profissionais.

A HAS e o DM constituem os principais fatores de risco para as DCV. Há justificativas para que ambas as enfermidades possam ser acompanhadas conjuntamente, dada à coexistência destas em 50% dos pacientes e ainda apresentarem semelhança na etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, complicações, tratamento não medicamentoso, decurso inicial assintomático, adesão irregular ao tratamento, pouco ou nenhum envolvimento familiar (BRASIL, 2006c; GALINDO, 2010).

Ações têm sido colocadas em prática pelo MS, através da atenção básica, para o acompanhamento de hipertensos e diabéticos de forma integral. Dentre elas, encontra-se a disponibilização de um sistema informatizado que permite o cadastramento e acompanhamento de portadores destas doenças o SISHIPERDIA.

Assim torna-se de grande importância a ESF, como principal forma de conformação e processo de trabalho dentro da atenção básica, com acesso favorável a condições multiprofissionais e multissetoriais, com integração a uma abordagem eficiente e de qualidade frente às DCNT.

Arquitetando-se a essa meta de controle eficiente e qualitativo o Departamento de Atenção Básica/Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde, tornando-se a primeira iniciativa brasileira de ação estruturada e de base populacional para a prevenção primária e secundária das DCNT. Sendo rigorosamente baseado nas evidências

científicas e contribuição efetiva de profissionais de notório saber e das sociedades científicas da área (BRASIL, 2006c; DBH VI, 2010).

Exige-se um esforço conjunto dos gestores públicos federal, estaduais e municipais, sociedades científicas, instituições de ensino, universidade, pesquisadores, profissionais de saúde e sociedade em geral para o completo êxito na prevenção e controle das DCNT em nosso país (OPAS, 2010).

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Segundo Minas Gerais:

A Hipertensão arterial é **definida** pela persistência destes níveis de pressão arterial sistólica (PAS) **maior ou igual a 140 mmHg** e pressão arterial diastólica (**PAD**) **maior ou igual a 90 mmHg**. Trata-se de uma patologia de início silencioso com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular, acompanhada frequentemente de comorbidade de grande impacto para os indicadores de saúde da população (GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2006, p. 25).

2.2.1 Saberes epidemiológicos

A Organização Mundial da Saúde (NEWS, 2011) divulgou que no mundo existem 600 milhões de hipertensos e que no mesmo ano, elas corresponderam a 23,6% do total de óbitos em todo o planeta, segundo dados do seu relatório de referência 2008, totalizando 13,4 milhões de mortes.

Com base no relatório supracitado, a HAS possui uma alta prevalência e um difícil controle, sendo a maior parte em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos, tornando assim um grave problema de saúde pública. No Brasil a HAS nos últimos vinte anos teve média de 32,5% em sua população, com 50% de prevalência na população com idade entre 60 e 69 anos e de 75% na população acima dessa faixa etária. Em 2007, observaram-se no Brasil 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório com 1.157.509 internamentos. Para se ter uma idéia da magnitude só em novembro de 2009 foram 91.970 internações com gasto de R\$ 165.461.644,33 (CESARINO et al, 2008; DATASUS, 2012; NEWS, 2011; DBH VI, 2010).

2.2.2 Classificação da pressão arterial e diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais. Os limites da PA para indivíduos maiores de 18 anos são classificados de acordo com o quadro 1.

Quadro 1 – Classificação da PA de acordo com média casual no consultório

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial		
*Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura		

Fonte: (DBH VI, 2010).

2.2.3 Fatores de risco para doenças cardiovasculares

Os principais fatores de risco estão descritos no quadro 2. A presença de 9 destes fatores explica quase 90% do risco atribuível dessa doença na população ao redor do mundo. Dos fatores potencialmente controláveis, HAS e DM, são críticos do ponto de vista de saúde pública. No Brasil, dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* de 2001 apontaram para uma prevalência destes fatores na população brasileira acima de 40 anos de idade de 36% e 10%, respectivamente (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

Quadro 2 – Fatores de risco para doenças cardiovasculares

História Familiar de DCV prematura (familiar 1º grau sexo masculino < 55 anos e feminino < 65 anos)
Homem > 45 anos e mulher > 55 anos
Tabagismo
Hipercolesterolemia (LDL-c elevado)
Hipertensão arterial sistêmica
Diabetes <i>mellitus</i>
Obesidade (IMC > 30 kg/m ²)
Gordura abdominal
Sedentarismo
Dieta pobre em frutas e vegetais
Estresse psicossocial

Fonte: (BRASIL, 2006c).

2.2.3.1 Principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares

Entre os principais fatores de risco, relacionado ao aumento da PA, destacam-se a idade, o gênero ou etnia, o excesso de peso ou obesidade, a ingestão de sal, a ingestão de álcool, o sedentarismo, os fatores socioeconômicos, a genética e outros fatores.

A PA tem aumento linear com a idade com prevalência de 60% na população idosa. Segundo dados entre os metalúrgicos do Rio de Janeiro e de São Paulo a prevalência de HAS foi de 24,7% e a variável que determinou o maior risco foi idade acima de 40 anos. Nos Estados Unidos a prevalência da HAS eleva-se cerca de 10% na população acima dos 30 anos e 50% para idade acima dos 60 anos (CESARINO et al, 2008; DBH VI, 2010).

Entre os sexos a prevalência da HAS é semelhante com discreto aumento nos homens até 50 anos e inverso a partir deste marco. Com relação à etnia é prevalente duas vezes mais em indivíduos não caucasianos, sendo que no Brasil prevalecem, os casos bidirecionais para mulheres negras. (CESARINO et al, 2008; DBH VI, 2010; LESSA, 2001).

Em conformidade com a DBH VI (2010) o excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Nos adultos ativos incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corpórea (IMC) acarreta maior risco a desenvolver HAS.

HAS e obesidade com acúmulo de gordura visceral associado à dislipidemia e a intolerância a glicose compõe a chamada síndrome metabólica que também é acompanhada de resistência à insulina e a hiperinsulinemia (BRASIL, 2006a).

Dentre os fatores nutricionais os que estão diretamente associados à alta prevalência da HAS estão o elevado consumo de álcool e sódio e o excesso de peso. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras (BISI MOLINA et al, 2003; BRASIL, 2006a).

Por períodos prologados de consumo a ingestão de álcool está relacionada com o aumento dos níveis pressóricos e a mortalidade sendo causa independente das características demográficas (DBH VI, 2010).

O sedentarismo está relacionado com risco superior, em torno de 30%, a desenvolver HAS do que em indivíduos ativos. Os exercícios físicos reduzem a pressão arterial mesmo nos casos dos não hipertensos, da mortalidade e dos fatores de risco para DCV (DBH VI, 2010; FAGARD, 2005).

Segundo Cesarino et al (2008) a HAS tem maior prevalência entre indivíduos com menor grau de escolaridade. Fato este justificado na população menos esclarecida, sobre a

importância de se manter controle dos níveis pressóricos para manutenção da qualidade e da expectativa de vida.

Para Oliveira et al (2008) não existem variáveis genéticas determinadas para predizer se o indivíduo pode ou não desenvolver HAS apesar de que essa gênese esta predisposta na população.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia em conformidade com a publicação da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - DBH VI (2010) podemos classificar e mensurar (estratificar) o risco cardiovascular dos indivíduos de acordo com os valores pressóricos associado aos fatores de risco.

2.2.4 Estratificação do risco cardiovascular

Para avaliar o risco cardiovascular é necessário fazer uma relação entre PA, fatores de risco, lesão aos órgãos-alvo (LOA) e de doenças cardiovasculares (DCV), sendo melhor representado no quadro 3.

Quadro 3 – Estratificação do risco cardiovascular

	Normotenso			Hipertenso		
	Ótimo	Normal	Limítrofe	HAS I	HAS II	HAS III
Sem FR	Sem risco adicional			Baixo	Médio	Alto
1-2 FR	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Médio	Muito Alto
3 ou mais FR; DM; LOA; SM	Médio	Médio	Alto	Alto	Alto	Muito Alto
DCV	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto

FR: fator de risco; LOA: lesão de órgão-alvo; DM: diabetes *Mellitus*; SM: síndrome metabólica; DCV: doenças cardiovasculares.

Fonte: (DBH VI, 2010).

2.3 DIABETES *MELLITUS*

O DM é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum à hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos (DSBD, 2009).

Para Minas Gerais, DM é definida como:

Quadro de hiperglicemia crônica, acompanhado de distúrbios no metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras, caracterizado por hiperglicemia que resulta de uma deficiente secreção de insulina pelas células beta, resistência periférica à ação da insulina ou ambas cujos efeitos crônicos incluem dano ou falência de órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2006, p. 69).

2.3.1 Saberes Epidemiológicos

A *International Diabetes Federation* (IDF) divulgou em setembro de 2011 a existência de 366 milhões de diabéticos no mundo, ocasionando 4,6 milhões de óbitos ao ano. O DM atingiu 173 milhões de pessoas no ano de 2002 prevalecendo dois terços dos casos em países desenvolvidos e aumento significativo em adultos-jovens. O aumento pode ser justificado pelo crescimento e envelhecimento populacional, além da urbanização que tornou a população sedentária e obesa. Especificamente no Brasil no final dos anos 80, a prevalência do número de casos correspondia a 7,6% da população, na faixa etária entre 30-69 anos e com valores próximos a 20% na população acima dos 70 anos, dos quais 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico e 25% não fazem nenhum tipo de tratamento. Analisando indiretamente a partir de estudos pontuais esse índice subiu para 12,1% em Ribeirão Preto e 13,5% em São Carlos ambos no estado de São Paulo. Aprecia que o Brasil possua 12 milhões de diabéticos e mate 24 pessoas para cada 100 mil habitantes por ano. Avaliar-se que o Brasil gaste US\$ 3,9 bilhões por ano com o diabetes (CESARINO et al, 2008; DATASUS, 2012; MALTA et al, 2009; DSBD, 2009).

O maior custo, entretanto recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade. O impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável, sendo a expectativa de vida reduzida em média 15 anos para o DM tipo 1 e em 5 a 7 anos no DM tipo 2. Os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de desenvolver DCV e acidente vascular encefálico, sendo ainda a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna (BRASIL, 2006b; OPAS, 2010; DSBD, 2009).

No Brasil, o diabetes junto com a HAS é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores, representando ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes

para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados (BRASIL, 2006b).

2.3.2 Classificação etiológica

A DSBD apresenta a classificação etiologicamente da DM:

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Associação Americana de Diabetes (ADA) e aqui recomendada inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Tais categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCVs) (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009, p. 13)

O termo tipo I indica destruição das células beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, estando presente entre 5% e 10% dos casos. Essa destruição é geralmente mediada por autoimunidade mais alguns casos são idiopáticos como nos casos da tireoidite de Hashimoto, doença de Addison e a miastenia grave. Ela pode ocorrer de forma rápida e progressiva principalmente em crianças e adolescentes (BRASIL, 2006b; DSBD, 2009).

O termo tipo II designa uma deficiência relativa à insulina correspondendo 90% a 95% dos casos e é caracterizada por defeitos na ação e secreção da insulina. A maioria dos diabéticos com esse tipo apresenta-se com sobrepeso ou obesidade com raros casos espontâneos de cetoacidose. Mostram-se seus portadores resistência à ação da insulina e o efeito da secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência (BRASIL, 2006b; DSBD, 2009).

Existe ainda outro caso que merece destaque, trata-se do diabetes *mellitus* gestacional que segundo a DSBD (2009) é uma intolerância à glicose com início e diagnóstico durante a gravidez. Ela é bastante similar a DM do tipo 2 associando-se tanto a resistência à insulina como a diminuição da função das células beta. Desenvolve em 1% a 14% de todas as gestações e relaciona-se o aumento da morbidade e mortalidade perinatal.

2.3.2.1 Fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes mellitus

Especificamente no DM tipo 2 cerca de 50% das pessoas não sabem que são portadoras desta doença, permanecendo assim até que a diabetes se manifeste por complicações. Sendo assim, são recomendados testes de rastreamento nos que apresentam mais fatores de risco e desta forma torna-se fundamental importância à identificação e tratamento precoce dos fatores de risco presente no quadro 4.

Quadro 4 – Fatores de risco para o desenvolvimento de DM tipo 2

Idade maior ou igual a 45 anos
História familiar de DM
Sobrepeso e obesidade (IMC > 25)
Doença cardiovascular estabelecida
Sedentarismo
Glicemia de jejum e pós-prandial alterada
HDL colesterol baixo ou triglicérides elevados
Diabetes gestacional
Síndrome dos ovários policísticos
Obesidade central (circunferência abdominal > 120 cm para homem e > 88 para mulheres)

Fonte: (DSBD, 2009).

2.3.2.2 Controle dos fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes mellitus

Para Brasil (2006b), Galindo (2010) e DSBD (2009) a educação é a melhor forma de controlar os fatores de risco. Sendo necessário educar sobre a alimentação, exercícios físicos, o uso de hipoglicemiantes orais e, se for o caso, sobre o uso da insulina. Também se torna necessário informar sobre o uso e o abuso de bebidas alcoólicas, orientar a família e cuidadores sobre a medicação e a dosagem, orientar quando a necessidade de exames oftalmológicos periódicos, realizar revisão das metas de controle glicêmico, etc.

2.3.3 Diagnóstico de diabetes e da hiperglicemia intermediária

Os critérios aceitos para esse diagnóstico incluem os sintomas clássicos poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso involuntário acrescida de exames laboratoriais.

2.3.3.1 Principais sintomas de diabetes mellitus

Os principais sintomas de DM, conhecidos como sintomas clássicos são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 P”) e outros sintomas que podem levar a suspeita clínica como fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Muitas das vezes, entretanto, as complicações crônicas como a neuropatia, retinopatia ou a aterosclerose são a cauda do diagnóstico da DM, principalmente por essa enfermidade ser em sua grande maioria assintomática (BRASIL, 2006b; DSBD, 2009).

2.3.3.2 Métodos e critérios para diagnóstico de diabetes mellitus

Em Brasil (2006b), Minas Gerais (2006) e DSBD (2009) os critérios para o diagnóstico de DM aceito desde 1997 são dados pela *American Diabetes Association* (ADA), posteriormente aceita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD).

2.3.3.2.1 Exames laboratoriais para diagnóstico de diabetes mellitus e de regulação glicêmica alterada

De forma resumida (quadro 5) apresentamos os principais testes laboratoriais mais comumente solicitados em caso de suspeita de DM ou regulação glicêmica alterada.

Quadro 5 – Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes *mellitus* e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Jejum*	Duas horas após 75g de glicose	Casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	-
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	-
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos***)

*Define-se como jejum como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.

**Glicemia plasmática casual é a realização a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia, polifagia e perda não explicada de peso. Nota: deve-se sempre confirmar o diagnóstico de DM com repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca e descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

Fonte: (DSBD, 2009).

Os critérios clínicos e laboratoriais para o diagnóstico de DM são essenciais. Após o diagnóstico é imprescindível que haja uma avaliação para saber se existe outro problema associado como a neuropática, a retinopatia, infecções, etc.

2.3.4 Detecção precoce no diabetes mellitus

A detecção precoce no Diabetes *Mellitus* é de fundamental importância, pois o principal objetivo é sustar, o quanto antes, o desenvolvimento da hipoglicemia leve com posterior agravamento de seu quadro ou condição clínica. Para tanto, podemos identificar de forma necessária os sinais clínicos característicos: sudorese, cefaleia, palpitação, tremores ou uma sensação desagradável de apreensão.

Outra forma de detecção de eventuais quadros de hipoglicemia está em fornecer uma cooperação entre familiares, amigos, colegas e quem quer que possa ter contato com o paciente. Eles podem alertar para um sinal de hipoglicemia quando esta ainda não foi conscientizada pelo paciente que age estranhamente e apresenta os sinais clínicos característicos.

Em situações desta natureza deve-se tentar elevar a taxa de glicose no sangue. O tratamento mais eficaz deve ser imediato, uma pequena dose de carboidrato simples (10 a 20 g) em intervalos de 15 minutos, quando necessário (BRASIL, 2006b).

Em geral, podemos encontrar 10 g de carboidrato simples em alguns alimentos como: 2 colheres de chá de açúcar, em 100 ml de refrigerante ou suco de fruta e ainda em até duas balinhas simples de sabores variados.

2.4 O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DO DIABETES MELLITUS

A USF nada mais é que uma unidade pública de saúde que realiza atenção primária nas especialidades ditas básicas, com atendimento multiprofissional para desenvolver atividades de promoção, prevenção e recuperação da condição de saúde. É, portanto o primeiro contato da população com o SUS.

A Saúde da Família forma uma estratégia organizada para o fortalecimento da atenção básica, o primeiro nível de atenção. Constitui, portanto, a busca pela reorganização espacial da assistência primária, do modelo de atenção à saúde, da universalidade do acesso e da qualificação das ações centradas na promoção da saúde. Recomenda-se que, no âmbito de

abrangência, que cada equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2006b; GALINDO, 2010).

A atenção básica liderada pela ESF, bem estruturada, capacitada e integrada à comunidade, é capaz de resolver em média 85% das demandas da população adscrita. Podemos então dizer que os profissionais envolvidos na ESF são especialistas nas condições clínicas e patológicas mais frequentes e comuns que podem acontecer na comunidade de sua responsabilidade (BRASIL, 2005b; GALINDO, 2010; OPAS, 2010).

Concorda-se com Brasil, ao afirmar que:

A estratégia Saúde da Família fundamenta-se em universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle social, vindo ao encontro dos princípios constitucionais do SUS. A Saúde da Família refere-se a um modo de organização da atenção básica e, portanto, realiza todas as ações inerentes a esse nível de atenção: prevenção, promoção, assistência e reabilitação. Sua diferença ao modelo tradicional de organização da atenção básica dá-se pelo modo com o qual a Saúde da Família opera, ou seja, pela forma: (1) como planeja e realiza suas ações de saúde; (2) em que se insere e se vincula a uma comunidade adscrita; (3) como lida com as diferentes necessidades e demandas (individuais e coletivas); (4) como acolhe, vigia e cuida dos cidadãos; (5) se antecipa ao aparecimento dos agravos da saúde, lidando com as questões socioambientais e familiares; (6) interage e fomenta o desenvolvimento comunitário; e (7) estimula e pauta toda sua atividade na realidade local, por meio da participação popular e do controle social (BRASIL, 2005b, p. 14).

Nas palavras de Brasil (2011a, p. 54) “a ESF é a principal estratégia organizativa da Atenção Primária à Saúde no SUS”. A mesma obra reafirma a necessidade de tornar a prática da atenção na Saúde da Família integral, atendendo com qualidade as necessidades da população adscrita.

Oferecer integralidade da assistência e saber compartilhar a relação individual e coletiva. A integralidade relaciona-se com a aproximação dos determinantes sociais do processo saúde e doença, das facetas do sujeito enquanto indivíduo que muitas vezes é obrigado a transpor determinadas barreiras. Assim a ESF oferece os seus serviços através de uma equipe multiprofissional pronto para lidar com o usuário no contexto que se pede em qualquer nível seja (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2011a).

O aumento expressivo da incidência e prevalência, morbimortalidade e os altos custos diretos e indiretos da HAS e do DM nos faz priorizar a reorganização das diversas linhas de cuidados do programa HIPERDIA em todo sistema de saúde.

As DCNT, HAS e DM, constituem um grande problema de saúde pública. Segundo Brasil (2004) são altamente prevalentes, de alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e em todo mundo. A atenção em saúde proporciona uma implantação de ações de forma organizada, eficaz e eficiente a partir da atenção básica, implantando em 2001 no Brasil pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*.

O MS, a partir do ano de 2003, reorganiza a atenção e propõe ampliar o já implantado plano de reorganização, formulando e implantando uma política de atenção integral a esses agravos dentro da linha de cuidado, agregando diversas políticas e estratégias como a ESF, a qualificação desta atenção, promoção da saúde para as doenças crônicas não transmissíveis, especialmente o DM e a HAS; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e de Combate ao Sedentarismo envolvendo sociedade, entidades, gestores e governo; também a Política Nacional de Informações em Saúde para articular e integrar os sistemas de informação publicando os resultados, os dados gerados, seus indicadores e o seu impacto no processo de avaliação continuada e da qualidade dos serviços prestados; e a Política de Assistência Farmacêutica com a distribuição de medicamentos na rede de atenção básica e disponibilidade de insumos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011b; CESARINO et al, 2008; GALINDO, 2010; OPAS, 2010).

As ações têm sido colocadas em prática pelo MS, com uma política inclusiva na atenção primária à saúde, acompanhando de forma holística, hipertensos e diabéticos. Encontra-se no Brasil, um sistema informatizado de acompanhamento quantitativo ofertado para o controle nos estados e municípios. Depara-se, portanto, com um sistema de cadastramento e acompanhamento dos crônicos não transmissíveis, DM e HAS contribuindo para definir o aspecto epidemiológico deste grupo, formulando assim condição máster para fundamentar as estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2010; OLIVEIRA et al, 2008; GALINDO, 2010).

O cuidado integral dos indivíduos inseridos em suas famílias e comunidades deve ser orientado em ações educativas de saúde. Esse é o sentido atribuído ao princípio magno da integralidade no SUS além de outros sentidos, como, por exemplo, ver o indivíduo como um todo, um ser humano, único, indivisível. Outro sentido atribuído se refere à abordagem profissional na assistência aos problemas de saúde dos indivíduos, reforçando a necessidade de profissionais generalistas, que atendam a todas as necessidades de saúde, faixas etárias e fases do desenvolvimento humano. Neste contexto, torna-se constante o ato da prática médica,

o ato da prática de enfermagem e o ato da prática odontológica, oferecendo uma resolutividade para 85% dos problemas de saúde pela atenção primária. Para o atendimento integral torna-se necessário a ESF, esta inserida em uma rede assistencial de nível médio e de alta complexidade, havendo a possibilidade do acesso a profissionais especialistas como o médico pediatra, cirurgião, endocrinologista, cardiologista, neurologista, urologista, ginecologista, etc. Fato que reforça a hierarquização e a regionalização nos sistemas de referência e contra referência (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011b; OPAS, 2010).

Promover saúde em um campo multidisciplinar e multissetorial, no qual a família desempenhe papel fundamental para a construção de hábitos saudáveis e promoção da saúde, desempenha papel fundamental para a consolidação do sistema único de saúde, portanto, este também é o desafio da ESF.

2.5 QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção primária a saúde considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural em busca da promoção de sua saúde, da prevenção, da educação, do tratamento, possibilitando viver de maneira saudável.

Sendo assim, Brasil (2011b, p. 17) afirma como fundamento da atenção primária em saúde “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos”. Várias estratégias vêm sendo usadas na busca da superação dessas dificuldades transformando a saúde da família, de um programa a uma estratégia, dentro de uma política nacional é um desses avanços permitidos pela melhoria da qualidade do serviço prestado na atenção básica, melhor qualidade refere melhor resolutividade.

Nesta abordagem Brasil afirma:

No que diz respeito à ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS-SUS 01/2001 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e definiu como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Para o financiamento do elenco de procedimentos da atenção básica ampliada, foi instituído o PAB-Ampliado, e seu valor fixado na época em R\$ 10,50 habitante/ano (BRASIL, 2011a, p. 60)

Segundo o autor supracitado é necessário oferecer resolutividade e qualidade nos serviços prestados pela atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada

e integrada da atenção à saúde e a esta em seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento. Constituído-se em uma ferramenta que tem um papel voltado ao aumento do acesso, a transparência e o controle dos recursos nos serviços de saúde, melhorando a qualidade direta da prestação dos serviços (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2011a; BRASIL 2011b; GALINDO, 2010).

Existe um desafio ainda maior do que oferecer a qualidade dos serviços na atenção básica é o de avaliá-la. Lidar de forma humanizada é a melhor forma de prestar um serviço com qualidade, os desafios são constantes e importantes, são formas de se mergulhar nesse universo. Existem desafios para a avaliação, porém, o pacto pela saúde para o biênio 2010/2011 de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.669 de 3 de novembro de 2009 cria a avaliação para melhoria da qualidade e a Programação para Gestão por Resultados para serem utilizados no processo de qualificação (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

No entendimento de Galindo (2010, p. 28) “a existência de um programa, não pressupõe que o mesmo, esteja atingindo ao preconizado, desta forma há necessidades de entender através de estudos, se o programa está conseguindo atingir os seus objetivos”. Pressupõe, portanto, a assistência adequada das reais necessidades aos hipertensos e diabéticos.

Quantificar dados não significa melhor assistência e sim um falso erro da verdade presumida, enquanto as doenças crônicas não transmissíveis tiverem interesse real da melhor qualidade não haverá resolutividade. Assim sendo a melhor forma de avaliar o SUS é saber qualificar a assistência prestada nos programas de saúde pública.

Afirma Brasil que existem desafios em avaliar e em especial avaliar a melhoria da qualidade, constituindo articulação conjunta por diversos segmentos:

Existem os desafios da avaliação e da utilização de uma gama importante de instrumentos de gestão disponíveis, como o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), a Pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores do Pacto pela Saúde para o biênio 2010/2011, de acordo com a Portaria GM/MS n. 2669, de 3 de novembro de 2009, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e a Programação para Gestão por Resultados (Prograb). Esses são instrumentos construídos em parceria do Ministério da Saúde com o CONASS e as Secretarias Estaduais de Saúde, com o CONASEMS, as Secretarias Municipais de Saúde e outros atores podem ser utilizados no processo de qualificação (BRASIL, 2011b, p. 26).

Com o exponencial desenvolvimento tecnológico e o conseqüente aumento de custo, é mandatório para o gestor priorizar ações. A análise de custo é complexa, pois depende das

prioridades locais e do quanto se está disposto a gastar para prolongar ou melhorar a qualidade de um determinado número de vidas. Todo esse entendimento pode ser feito a partir da complexa relação necessária para a oferta e a avaliação da qualidade na ESF (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011b; OPAS, 2010).

Outro questionamento importante está em adotar estratégias pactuadas e focais chamadas de tecnologias de micro gestão como: diretrizes clínicas, lista de espera baseada em prioridades e auditoria clínica, onde a sua aplicação, nos serviços básicos de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos melhorados, com aumento da eficiência, com melhor resolutividade, da melhor assistência, da diminuição dos riscos para os usuários e dos profissionais envolvidos, prestando um serviço essencial e efetivo melhorando a qualidade da atenção básica (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011b; GALINDO, 2010; OPAS 2010).

2.6 O ENFERMEIRO E AS AÇÕES DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA

Historicamente afirmamos que a enfermagem tem grande capilaridade social fundamenta-se, portanto, essa premissa no seu papel central nas ações desenvolvidas na Atenção Básica ou ESF.

No contexto atual a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) afirma que essa locação da enfermagem se dá pelas constantes transformações do trabalho, ampliando a necessidade desse profissional em espaços estratégicos nas políticas sociais, especialmente as ligadas à saúde e especificamente no âmbito SUS (ABEN, 2002).

A assistência do enfermeiro tanto se dá de forma individual como coletiva, desde a gerência da USF, dos programas por ela assistidos, pelos projetos governamentais, não governamentais ou ações estratégias próprias na comunidade; da Gestão dos Sistemas de Saúde notadamente na qualidade; da assessoria, consultoria e auditoria em instituições de saúde; no processo educativo da equipe, na educação continuada, na educação comunitária; na pesquisa científica elucidando saberes, propondo falhas e ajustes, estabelecendo novos paradigmas para a confirmação da assistência planejada e prestada; na realização de consultas de enfermagem, na solicitação de exames complementares; prescrevendo/transcrevendo medicações (BRASIL, 2006a).

A sua atuação está em conformidade com os protocolos estabelecido nos programas do MS e disposições legais da profissão; nas ações diretas para a promoção da saúde da criança, do adolescente, do adulto, do homem, da mulher e do idoso; na atuação da clínica com a

saúde coletiva; na intervenção pelas Normas Operacionais Básicas; na supervisão e execução das ações de capacitação da equipe e estendendo-se até o planejamento, o gerenciamento, a coordenação, a execução, a avaliação da unidade e dos serviços prestados por ela, levantando informações importantíssimas sobre as reais condições de saúde da população adscrita (ABEN, 2002; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Sendo assim a enfermagem enquanto profissão caracterizada pelo interesse na manutenção da saúde individual e coletiva, sempre busca a interface equilibrada entre a comunidade e os serviços de saúde, de imediato, incorporando as estratégias da ESF, contribuem de forma significativa nos processos de planejamento, coordenação, implantação e avaliação dessa nova proposta. O papel do enfermeiro abrange desde o desenho das políticas públicas, com base em estudos epidemiológicos, mediante a implantação de programas multissetoriais até a assistência direta e a educação dos usuários no plano operativo (FIGUEIREDO, 2007; OBLITAS et al., 2010).

Segundo Garcia et al (2011) os enfermeiros enquanto componentes da equipe de saúde não podem ficar omissos a esta realidade, frente à atuação fundamental que possuem na vigilância à saúde e no desenvolvimento de ações de saúde coletiva. Estando inseridos e articulados à organização dos serviços de saúde de atenção básica, esses profissionais assumem papel de relevância, diante da liderança como articuladores nas ações de vigilância à saúde.

Nesse ponto concorda-se com Maia (2010) quando se afirma que, na enfermagem, o cuidado humano profissionaliza-se através dos tempos, sua interpretação de uma arte passou à característica de ciência e mais recentemente como uma arte-ciência, entremeada por um aspecto fortemente humanístico, rejeita a idéia de ser uma ciência formal ou uma ciência puramente biológica, integrando as dimensões da arte e constituindo uma ciência humanística.

Nesse sentido Oblitas et al (2010) expõem que faz parte da filosofia da enfermagem contribuir para que a pessoa, sujeito da sua atenção, possa alcançar nível e qualidade de vida adequada.

Consta em Brasil (2006a) e DBH VI (2010) que a assistência do enfermeiro para os hipertensos inclui: a capacitação da equipe, a realização das consultas de enfermagem, tratamento não medicamentoso, identificação de possíveis intercorrências no tratamento, encaminhamento de indivíduos ao médico, desenvolvimento de atividades educativas sobre hipertensão, estabelecer com a equipe estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento como grupos de hipertensos e diabéticos, solicitar durante a consulta de enfermagem os exames mínimos e necessários estabelecidos nos consensos e definidos como

possíveis e necessários pelo médico da equipe, repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências, realizar encaminhamentos de consultas mensais, trimestral ou semestral conforme classificação da atenção de alto, médio e leve risco.

Nos entendimentos de Brasil (2006a) e DSBD (2009) nas atividades do enfermeiro constam na assistência ao diabético: o desenvolvimento de atividades educativas, individual e coletiva; realizar grupos de diabéticos para incentivar a terapêutica; capacitar a equipe e supervisionar suas atividades permanentemente; realizar consultas de enfermagem com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2 identificado pelos ACS, definindo claramente a presença de riscos e encaminhamento ao médico para rastreamento com glicemia de jejum. Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, mudança do estilo de vida, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências; estabelecer estratégias com a equipe para favorecer adesão ao grupo de pacientes diabéticos; promover educação em saúde para os pacientes; solicitar exames de rotina definidos como necessários pelo médico da equipe de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal; orientar a automonitorização e aplicação de insulina; repetir a medicação de indivíduos controlados e triagem para periodicidade das consultas médicas.

2.7 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICAS

O Modelo de Cuidado de Doenças Crônicas (MCC) desenvolvido por Wagner (1998) no *Mac Coll Insitute for Health Inovation de Seatle* (EUA) é o modelo de gestão que se encontra mais apropriado para o cuidado de doenças crônicas. Referendado em mais de 10 países, ele identifica elementos essenciais para incentivar a alta qualidade do cuidado. Como eixos no MCC estão à comunidade, a organização do sistema de saúde, o autocuidado, o cuidado, a gestão integrada, o apoio à decisão clínica e o sistema de informação clínica.

Neste contexto a OPAN (2010, p. 14) retrata “O MCC faz uma abordagem organizacional da gestão integral de pessoas com doenças crônicas e avalia-se que poderá ser utilizado em municípios brasileiros para a implantação de atividades de estruturação, capacitação e avaliação de linhas de cuidado”.

Em busca de uma ferramenta prática para avaliar a qualidade da assistência prestada às doenças crônicas, com base no MCC de Wagner (1998) surge o Questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas (*Assessment of Chronic Illness Care – ACIC* versão 3.5), ferramenta prática, para guiar a melhoria da qualidade e para avaliar mudanças feitas na atenção às doenças crônicas. Desenvolvida com base no serviço de saúde indiano, que criou

um instrumento para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente diabético, o ACIC é uma ferramenta capaz de identificar áreas específicas antes de implantação de ações e projetos para a melhoria da qualidade. Trata-se o ACIC de um questionário, derivado de intervenções específicas baseada em evidências, para os seis modelos de atenção para doenças crônicas (figura 1) segundo Wagner (1998), resultando em uma assistência qualificada a todos os usuários (BODENHEIMER et al, 2002; OPAN, 2010).

Figura 1 – Modelo de cuidado para doenças crônicas (MCC)



Fonte: (OPAS, 2010).

O “*Chronic Care Model - CCM*” é um modelo de cuidados para pacientes com doenças crônicas, desenvolvido no *Institute for Health Care Innovation* (Instituto *McColl* para inovações nos cuidados da saúde) na Califórnia, validado em diversos países, para uma atenção qualificada ao paciente com doenças crônicas (BODENHEIMER et al, 2002).

Assim será possível, a partir do ACIC, abordar elementos básicos para melhorar o cuidado às doenças crônicas na comunidade, no sistema de saúde, na prática clínica e no nível do paciente.

Os resultados da aplicação do ACIC versão 3.5 demonstraram uma perspectiva quanto à disponibilidade dos serviços que se oferecem nas unidades de saúde para o cuidado das

peças com hipertensão e diabetes, representadas por valores que variaram de 0 a 11, onde “0” corresponderia a não desenvolvido e “11” plenamente desenvolvido, com estágios que são representados pelos níveis D, C, B ou A, 3 em cada nível (WAGNER et al, 2001).

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

O segundo capítulo aborda o processo metodológico utilizado na pesquisa. Trata-se de um conjunto de processos pelos quais se torna possível o desenvolvimento de procedimentos que permitam alcançar um determinado objetivo, sendo utilizado para descrever de modo ordenado e para expor uma solução, que seja compreendida e repetida por outras pessoas. Nesse contexto o método leva a apresentação do tema proposto, avaliando os dados obtidos, tirando conclusões ao relatar todo o processo desenvolvido (FIOREZER, 2002).

3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa científica é considerada um processo sistemático, reflexivo e crítico que leva a descobrir novos fatos e a perceber as relações estabelecidas entre as leis, sendo uma investigação realizada com o propósito de obter conhecimento específico e estruturado a respeito de determinados conteúdos, sendo advindo da observação dos fatos, do registro e variáveis relevantes para futuras análises (PRESTES 2003).

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, de campo, remetendo-se ao HIPERDIA com abordagem quantitativa. A opção por essa metodologia no estudo está em melhor atender o problema da pesquisa, visto que segundo Andrade (2003) e Marconi; Lakatos (2010) um dos objetivos da pesquisa é familiarizar o pesquisador com o ambiente, o agir empírico, o descrever completamente com o máximo de conhecimento, sendo o primeiro passo de todo trabalho científico, tendo por finalidade proporcionar maiores informações sobre um determinado assunto, facilitando a determinação de um tema de trabalho, definindo os objetivos, formulando hipóteses de uma pesquisa ou descobrindo novos fenômenos de enfoque para o trabalho que se tem em mente.

A pesquisa é classificada de acordo com os seus objetivos que, ainda segundo os autores supracitados, a exploratória tem como principal objetivo o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Já a pesquisa descritiva apresenta as características de determinada situação em um determinado grupo. No recorte campo, destaca-se a imersão da pesquisa por parte do pesquisador onde esse se colocará no local do fato para que esse se coloque na situação de estudo (GIL, 2008).

Para Castro (2001) dentro do trabalho de pesquisa o local é a segunda análise do método; diz respeito ao lugar onde os sujeitos da pesquisa são atendidos, onde cada um dos

elementos tem características comuns e se extrai uma observação da população desejada, fazendo parte do estudo e que chamamos de amostra.

Uma pesquisa quantitativa sugere números, para medir precisamente com confiável análise estatística. Ela também se torna apropriada para medir opiniões, atitudes e preferências como o comportamento. Esse tipo de pesquisa não é a ideal, nem tem custo razoável para compreender “porquês”, devendo abortar, por tanto, um questionamento direto, quantificável em uma amostra significativa (KELLER et al, 2010).

Neste intuito, a pesquisa apropriada foi à quantitativa, por considerar que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-la e analisá-la, requerendo o uso de recursos e de técnicas estatísticas (CRESWELL, 2007).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na cidade de Cajazeiras um município brasileiro, situado na extremidade ocidental do estado da Paraíba, localiza-se a oeste da capital do estado, distante desta cerca de 480 km. Ocupa uma área de 586,275 km², dos quais 2,8193 km² estão em perímetro urbano. Sua população recenseada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 foi de 58 437 habitantes, sendo o oitavo mais populoso do estado e o primeiro de sua microrregião (IBGE, 2010).

A consolidação dos dados do programa HIPERDIA, referente ao mês de setembro de 2012, demonstraram que existe hoje na cidade de Cajazeiras 1380 hipertensos e 789 diabéticos cadastrados no programa.

Cajazeiras possui hoje 16 USF, das quais 12 estão localizadas no perímetro urbano e 4 no perímetro rural. Beluci (2009) aborda as USF em regiões urbanas centrais, afirma que muitas tentativas de se instalarem essas unidades em tais regiões enfrentam muitas críticas, pois ainda hoje a ESF é confundida com uma estratégia para pobres e não se admite que o centro da cidade tão valorizado pelo status social necessita-se de tal atendimento, porém obedecendo ao princípio da universalidade que rege o SUS essa tentativa enfrenta grande adversidades no contexto atual.

A ESF tem o papel de levar a prevenção, a promoção, o tratamento e reabilitação em saúde a toda população que necessite, observando assim o princípio da equidade.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Gil (2008) e Marconi; Lakatos (2010) uma população é composta por setes, locais de encontro dos atores sociais envolvidos na pesquisa, que possuem pelo menos uma característica em comum, já a sua amostra deve ser significativa para um determinado evento, para que ele possa ser usado como objeto de investigação, levando em consideração a margem de erro que é obtida a partir de cálculos estatísticos.

Para o presente estudo foi necessário abordar todos os enfermeiros que compõe a ESF, no perímetro urbano, por serem elementos centrais, decisivos, realistas das condições em que se encontram figurados como ator central na assistência primária, totalizando 12 ESF representadas. Também figura-se a necessidade da participação da Atenção Básica representando a SMS do representante do CMS para fomentar, completando as idéias ora expostas. Assim sendo a amostra será igual ao universo, cada equipe de USF com um enfermeiro e os o representante da Atenção Básica e do CMS serão sujeitos da pesquisa, constituindo 14 sujeitos pesquisados.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para o presente estudo foi considerado como critérios de inclusão: a localização da USF na zona urbana, o entrevistado ser maior de 18 anos de idade e trabalhar como enfermeiro na Atenção Básica a mais de um ano, e /ou ser coordenador da Atenção Básica do município e/ou esta exercendo a presidência do CMS da cidade de Cajazeiras, ter capacidade física e mental para responder os seus questionamentos. Como critérios de exclusão adotamos: a localização da USF na zona rural, o entrevistado ser menor de 18 anos de idade, trabalhar a menos de um ano na atenção básica, exercer outra função na Atenção Básica, na coordenação da Atenção Básica ou no CMS e não ser capaz de compreender ou participar da pesquisa.

3.5 INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DE DADOS

Para atender as necessidades da pesquisa foi utilizado um instrumento de coleta seguindo um roteiro pré-estabelecido (apêndice a). Trata-se do Questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas, ACIC – versão 3.5, (anexo a) abordando: o sistema de saúde, os

recursos comunitários, o autocuidado, a linha de cuidado, o suporte as decisões clínicas e o sistema de informação clínica.

Todos os participantes da pesquisa estabeleceram vínculo com o assentimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice b) e nenhum sujeito da pesquisa foi forçado ou intimidado para participar desta ou durante, não havendo indução de respostas.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA A EXTRAÇÃO DE DADOS

A presente pesquisa, contou com a autorização institucional da SMS (anexo b) referente aos meses de maio e junho, com nova autorização para o termino das coletas (anexo c) nos meses de agosto e setembro, para que os dados fossem coletados nas USF e na coordenação da Atenção Básica do Município.

A coleta de informações necessitou recorrer a cada um dos enfermeiros da ESF, pré-selecionados, ainda à gerente da Atenção Básica da SMS e ao presidente do CMS que atendam os critérios de inclusão e exclusão.

A pesquisa foi realizada dos meses de maio, junho, agosto e setembro de 2012 em 12 USF, na SMS e no CMS totalizando 14 sujeitos pesquisados. Para se chegar aos participantes, foi necessário questioná-los em seu ambiente de trabalho.

Para auxiliar na aplicação do ACIC versão 3.5 foi necessário atribuir uma classificação de três pontos, que surgiu a partir de uma adaptação à escala Likert (UEBERSAX, 2006) de cinco pontos. Nesta escala, o menor valor foi atribuído no questionário ACIC versão 3.5 a uma concordância parcial, concordância à assertiva proposta o valor central e uma concordância total foi atribuído o maior valor do seu nível.

3.7 PROCESSAMENTO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para analisar os dados coletados, primeiramente eles foram organizados conforme as etapas da extração, através do Microsoft Office Excel 2010 e Microsoft Office Word 2010 para o ambiente Windows, sendo classificados e analisados quantitativamente de forma descritiva, ou seja, estatística descritiva, construídas a partir de tabelas e gráficos para melhor atender as necessidades da pesquisa. A qualidade dos dados foi abordada de acordo com o *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) proposto para ser usado pelas equipes de saúde para melhorar a qualidade da assistência e avaliar o nível e a natureza prestada pelas equipes.

A avaliação da assistência foi realizada através do preenchimento do questionário ACIC versão 3.5. Os resultados coletados do questionário demonstraram como cada USF e o município organizam seus serviços para oferecer qualidade no atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes. Os valores obtidos foram classificados conforme variáveis de 0 a 11, correspondendo ao estágio de desenvolvimento da atenção para com as doenças crônicas, aplicadas aos correspondentes níveis D, C, B ou A (3 em cada). O modo de coleta foi individualizado, por ser um primeiro estudo envolvendo o ACIC no município e por tal método ser mais fidedigno ao tratar todos como indivíduos e sujeitos singulares, autônomos em suas respostas.

3.8 ABORDAGEM ÉTICA

Para atender as diretrizes e normas que são preconizadas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os pesquisadores se atenderam as normas de pesquisa com seres humanos traçados nos seus termos.

Para a realização do presente estudo foi esclarecido aos participantes da pesquisa a temática proposta, a importância deste estudo multicêntrico e eventuais esclarecimentos como: objetivos, finalidade, sigilo, autonomia do participante que poderá desistir a qualquer momento da sua participação sem nenhum prejuízo a sua assistência e sem onerar a pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussões obtidos na referida pesquisa, dividido em duas partes. A primeira é a caracterização de todos os participantes do estudo, incluindo a localidade de atuação dos agentes, com as respectivas USF que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, com distribuição estatística por tabelas seguindo o critério da pesquisa quantitativa. A segunda parte compreende a análise estatística descritiva, a partir de tabelas e gráficos na aplicação de uma escala já atribuída pelo ACIC versão 3.5, o Questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas para avaliar a qualidade do HIPERDIA, findando com a discussão dos resultados obtidos completando a dinâmica proposta.

4.1 CARACTERIZAÇÕES DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Discorreremos inicialmente descrevendo os sujeitos abordados na referida pesquisa, expondo algumas características. A primeira delas diz respeito à distribuição por sexo, conforme consta na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa por sexo – Cajazeiras/PB – 2012

SEXO	Nº	%
Masculino	2	14,3
Feminino	12	85,7
TOTAL	14	100

Fonte: Pesquisa direta (2012).

A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira é marcante. Em 1987, os contingentes do sexo feminino na profissão mostraram uma predominância nas diversas categorias de enfermagem, prevalecendo entre os enfermeiros com 94,1%, entre técnicos com 89% e auxiliares 91,5%. Em 2000, o MS realizou um estudo sobre o perfil de médicos e enfermeiros no PSF, observando um predomínio na saúde pública brasileira entre os médicos, do sexo masculino com 56% e com 44% do sexo feminino. Já no campo da enfermagem (graduados) obteve como resultado e prevalência majoritária o sexo feminino com 91%, contra 9% do sexo masculino (LOPES, 1987; LOPES et al, 2008).

Outra característica abordada na pesquisa diz respeito à faixa etária, de acordo com os dados da tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa por faixa etária – Cajazeiras/PB – 2012

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
20 – 25	01	7,1
25 – 30	04	28,6
30 – 35	05	35,7
55 – 60	04	28,6
TOTAL	14	100

Fonte: Pesquisa direta (2012).

Observados 100% dos sujeitos da pesquisa em nossa terceira caracterização abordamos a escolaridade, como consta na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa por escolaridade – Cajazeiras/PB – 2012

ESCOLARIDADE	Nº	%
Ensino Médio Completo	01	7,1
Ensino Superior Completo	13	92,9
TOTAL	14	100

Fonte: Pesquisa direta (2012).

A última caracterização representa o local da aplicação do ACIC versão 3.5. Trata-se, portanto, do local em que eles estão inseridos e responderam ao questionário conforme a sua vivência, localidade de atuação, frente aquela realidade, possibilitando um cruzamento destes dados, abordada de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa por local representado – Cajazeiras/PB – 2012

CATEGORIA	Nº	%
USF	12	85,72
SMS	1	7,14
CMS	1	7,14
TOTAL	14	100

USF: Unidade de Saúde da Família; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; CMS: Conselho Municipal de Saúde.

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Também é fundamental identificar as USF do município de Cajazeiras-PB, conforme tabela 5 e em especial definir as que atendem aos critérios de inclusão e exclusão.

Tabela 5 – Identificação e numeração das USF – Cajazeiras-PB – 2012.

NOME DA USF	Nº	Zona
Higino Dias Moreira	01	Rural
Elvira Dias da Silva	02	Rural
Divinópolis	03	Rural
José Leite Rolim	04	Urbana
Sol Nascente	05	Urbana
João Bosco Braga Barreto	06	Urbana
Doutor José Jurema	07	Urbana
São José – PAPS	08	Urbana
Doutor Vital Rolim	09	Urbana
Nilson José de Sousa	10	Urbana
Maria José de Jesus	11	Urbana
Simão de Oliveira	12	Urbana
Francisco Gonçalves de Albuquerque	13	Rural
Mutirão	14	Urbana
Amélio Estrela Dantas Cartaxo	15	Urbana
Bela Vista	16	Urbana
TOTAL DE USF	16	Rural e Urbana

Fonte: Pesquisa direta (2012).

Conforme apresentado na tabela supracitada, podemos observar a existência de 16 USF no município, dos quais 12 atendem aos critérios de territorialização urbana do município, sendo as outras 4 localizadas na zona rural, portanto, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão não fazem parte deste estudo.

4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados coletados na referida pesquisa, foram tratados de forma quantitativa, a partir da análise estatística descritiva, exposta em tabelas e gráficos desenvolvidos pelo software Microsoft Office Excel 2010 e aplicado ao Microsoft Office Word 2010.

Inicialmente dividimos o ACIC em três segmentos, aplicando cada um deles em uma localidade do sistema de saúde. Optou-se realizar essa divisão de forma didática para melhor atender os objetivos da pesquisa, produzindo resultados leais a realidade (BODENHEIMER et al, 2002).

A segmentação da pesquisa em seis eixos e sua consequente aplicação é apresentada em conformidade com o entendimento do ACIC e exposta na tabela 6.

Tabela 6 – Eixos do ACIC por local de aplicação – Cajazeiras/PB – 2012.

EIXO	SIGLA	LOCAL DE APLICAÇÃO
Organização do Sistema de Saúde	OSS	SMS
Cooperação Comunitária	CC	CMS
Apoio para o Autocuidado	AA	USF
Suporte para Decisões Clínicas	SDC	USF
Desenho da Linha de Cuidado	DLC	USF
Sistema de Informação Clínica	SIC	USF
Integração dos Componentes do MCC	ICMCC	SMS
Assessment of Chronic Illness Care	ACIC	CAJAZEIRAS

Fonte: Pesquisa direta (2012).

De acordo com a figura 1, o Modelo da Atenção às Condições Crônicas (MCC) de Wagner (1998) é subdividida em seis eixos: recursos da comunidade, organização do sistema de saúde, apoio para o autocuidado, desenho da linha de cuidado, suporte para decisões clínicas e sistema de informação clínica. O ACIC, portanto, é uma derivação das intervenções do MCC, com uma última caracterização necessária, a integração dos seus componentes (OPAS, 2010; WAGNER, 1998; WAGNER et al, 2001).

Ao selecionar o ACIC versão 3.5, adaptou-se a aplicação para fins didáticos, melhor resposta e maior fidedignidade dos dados observados, envolvendo no questionamento os três segmentos que compõe todo o sistema de saúde cajazeirense. Optou-se dividir a aplicação do ACIC conforme o modelo proposto no MCC, em três áreas focais distintas do Sistema de Saúde: **Recursos e Políticas** asseguradas pela Organização do Sistema de Saúde e a Integração dos Componentes do MCC; **Comunidade** assegurada pela Cooperação Comunitária; e **Unidade de Saúde** assegurada pelo Apoio para o Autocuidado, Suporte para Decisões Clínicas, Desenho da Linha de Cuidado e o Sistema de Informações Clínicas.

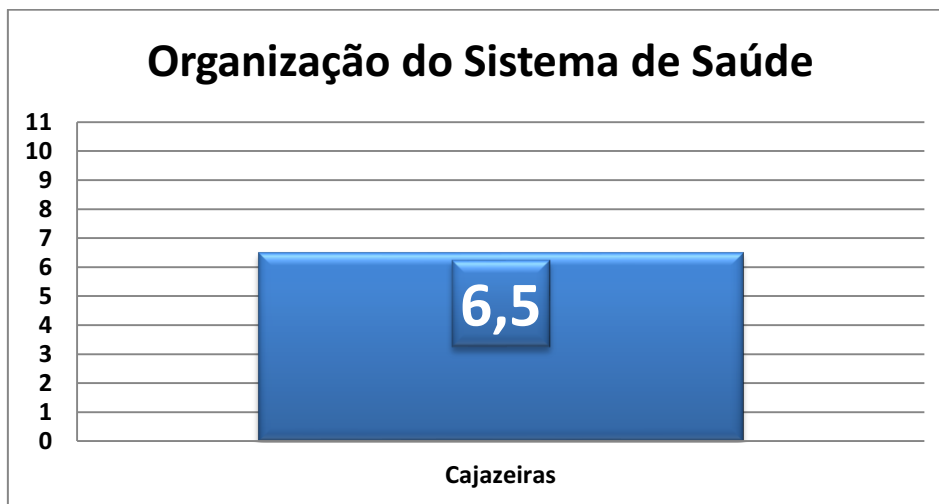
Cada segmento da pesquisa reflete uma diferente localidade, ou seja, para cada segmento um local de aplicação. No segmento Recursos e Políticas, foram propostos dois eixos temáticos: a OSS e a ICMCC e aplicado na SMS. No segundo segmento a Comunidade foi proposto o eixo temático: CC e aplicado no CMS. Por fim, o último segmento, composto pela Unidade de Saúde por quatro eixos: AA, SDC, DLC e SIC aplicado em 12 USF que atenderam aos nossos critérios (OPAS, 2010).

A atividade de avaliação foi realizada nos meses de abril a outubro do corrente ano em 12 USF, na SMS e no CMS, cuja atividade constou na aplicação do ACIC versão 3.5. Didaticamente passamos a apresentar os resultados por áreas focais, no total são três áreas em três locais de aplicação. Duas perceptivas foram montadas na apresentação dos dados, uma local por USF e uma municipal em toda Cajazeiras.

A primeira área focal compreende os Recursos e as Políticas (perspectiva municipal), tema abordado pela SMS na pessoa da gerente da atenção básica do município, essa área é subdividida em dois eixos temáticos. O primeiro eixo diz respeito à OSS, onde é realizada uma abordagem completa em todo o sistema, ela é composta por seis componentes: a liderança organizacional do sistema para atenção às DC especialmente o DM e a HAS, as metas organizacionais, a estratégia para melhoria da atenção, as políticas e incentivos, as autoridades institucionais e as diretrizes (regulação, protocolos e linhas-guia).

Exposto o resultado obtido com a aplicação do ACIC para OSS na SMS no gráfico 1.

Gráfico 1 – Escore médio do ACIC para Organização do Sistema de Saúde – SMS



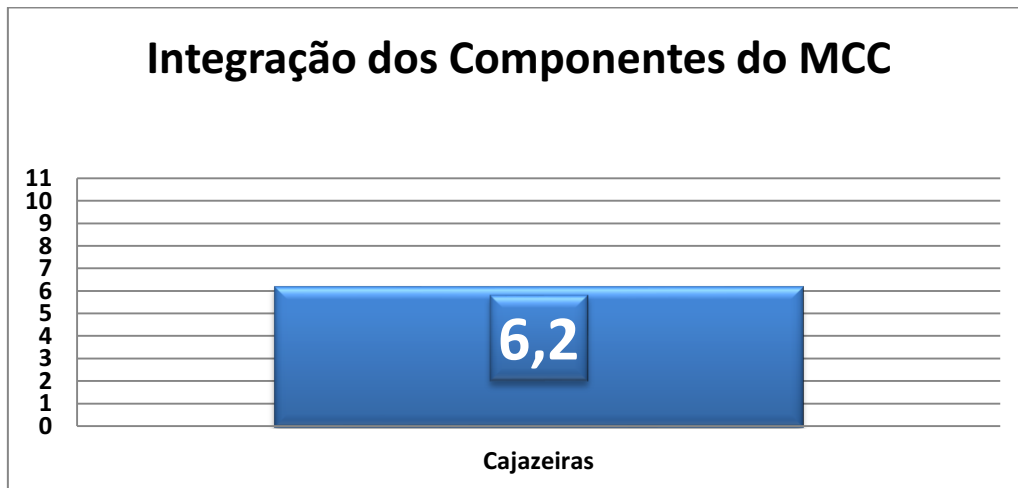
Fonte: Pesquisa direta (2012).

O sistema de saúde é avaliado quanto à capacidade de criar um ambiente seguro, no qual, os esforços são organizados para melhorar o cuidado às pessoas com doenças crônicas, e em nosso caso o DM e HAS, se estruturam e prosperam. A ESF é um pilar do modelo de atenção vigente no Brasil, ela propõe integração orientada a atenção com promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Seu foco de atenção está no indivíduo, na família e no coletivo (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

O segundo eixo diz respeito à ICMCC, que realiza uma avaliação efetiva da integração do sistema de saúde, associando metas aos resultados, com atividades para o desenvolvimento e a estruturação do sistema de saúde. Incluem nessa avaliação seis componentes: as informações aos usuários sobre protocolos, registro ou sistema de informação, recursos comunitários, plano organizacional para atenção às DC, Rotina de Monitoramento para consultas, avaliação de saúde, planejamento, metas e as condutas para a atenção no manejo da HAS e DM.

O resultado da aplicação do ACIC para ICMCC na SMS é representado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Escore médio do ACIC para Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (SMS)



Fonte: Pesquisa direta (2012).

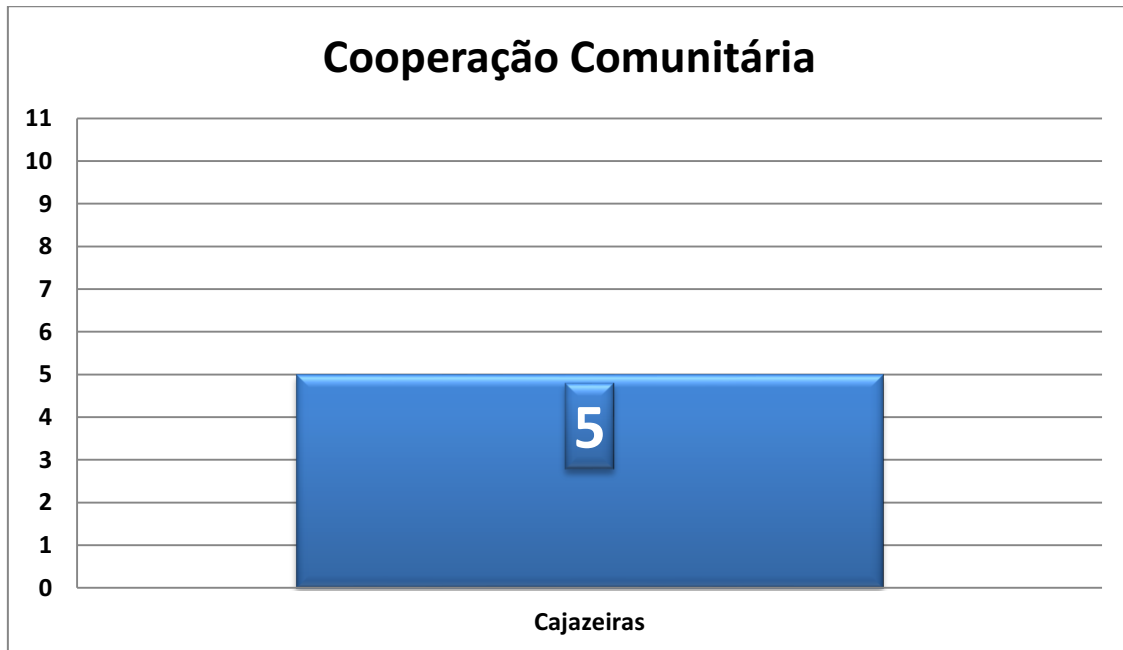
O ICMCC avalia a existência de enfoques críticos, coerentes à melhoria do sistema de saúde, avaliando o comprometimento da liderança do sistema que se articula, com os incentivos para melhorar a atenção em todos os níveis.

A segunda área focal compreende a Comunidade (perspectiva municipal), tema abordado pelo CMS na pessoa do seu presidente. Essa área é subdividida em um eixo temático. O eixo diz respeito à CC, onde é realizada uma abordagem focal. Inclui três componentes: vinculação dos usuários com os recursos comunitários, parcerias com as organizações comunitárias e o plano municipal de saúde, resolução do CMS, Plano Municipal de Saúde, Leis Municipais ou similares (WAGNER et al, 2001).

Alvo de grandes debates e representado de forma paritária, o CMS representa bem essa idéia proposta pelo sistema de saúde cajazeirense, o de construir alianças para melhorar a saúde da população a partir de parcerias. Assim parcerias se tornam necessárias como ONG's, igreja, sociedade civil organizada, empresas, comunitários, clubes, etc. Relações desta natureza configuram parcerias para melhorar a cobertura, a fiscalização e a ampliação dos serviços de atenção à saúde (DANTAS, PEREIRA, GOMES, 2008; SOUSA, 2007).

A aplicação do ACIC para CC no CMS teve o resultado representado no gráfico 3.

Gráfico 3 – Escore médio do ACIC para Cooperação Comunitária (CMS)



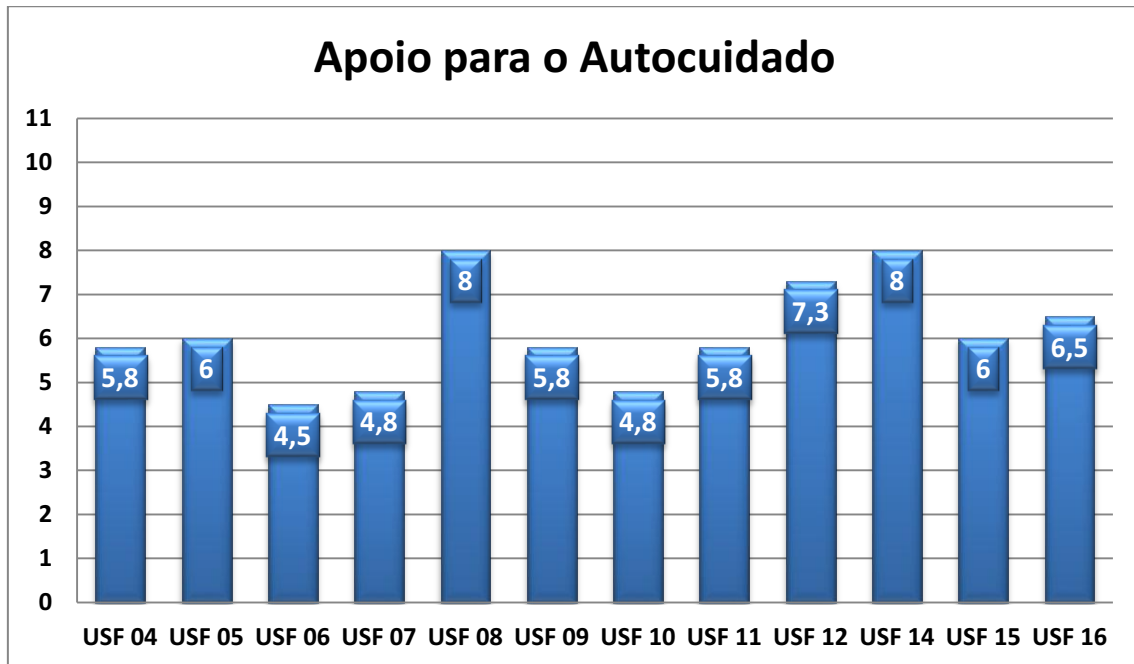
Fonte: Pesquisa direta (2012).

A terceira área focal compreende a Unidade de Saúde (perspectiva local), tema abordado pelas 12 USF na pessoa do enfermeiro responsável pelo desenvolvimento da ESF na sua territorialidade, ela é subdivida em quatro eixos temáticos. O primeiro eixo diz respeito ao AA, onde é realizada uma abordagem local para o apoio efetivo as pessoas e familiares de pessoas com DC e os consequentes desafios para viver com ela, buscando cuidar e reduzir as complicações e sintomas das DC, sendo observados nesse eixo quatro componentes: o registro e avaliação das necessidades e atividades de autocuidado, o apoio para o autocuidado, o suporte psicossocial aos pacientes e familiares, intervenções efetivas para mudanças de comportamento e grupos de apoio (WAGNER et al, 2001).

A gestão do autocuidado envolve colaboração e ajuda entre pacientes e suas famílias, para que eles adquiram as competências e confiança necessária para gerir sua própria doença crônica, fornecendo ferramenta de autogestão, possibilitando ao paciente o cuidado dos problemas decorrentes de sua doença (BODENHEIMER et al 2002).

O resultado da aplicação do ACIC para AA por USF é representado no gráfico 4.

Gráfico 4 – Escore médio do ACIC Apoio para o Autocuidado (USF)



Fonte: Pesquisa direta (2012).

O autocuidado efetivo é muito diferente de falar ao paciente o que ele deve fazer. As pessoas com DC e suas famílias tem um papel central no estabelecimento do cuidado, assim podemos observar que, para o êxito nos programas de autocuidado, depende este, da colaboração entre profissionais, pacientes e familiares. Priorizando o atendimento qualitativo, a problematização e a solução com o estabelecimento de metas, constituindo uma nova fase, a educação em saúde, importantíssima para validar o comportamento necessário ao autocuidado (FREITAS, MENDES, 2007; TADDEO, 2011).

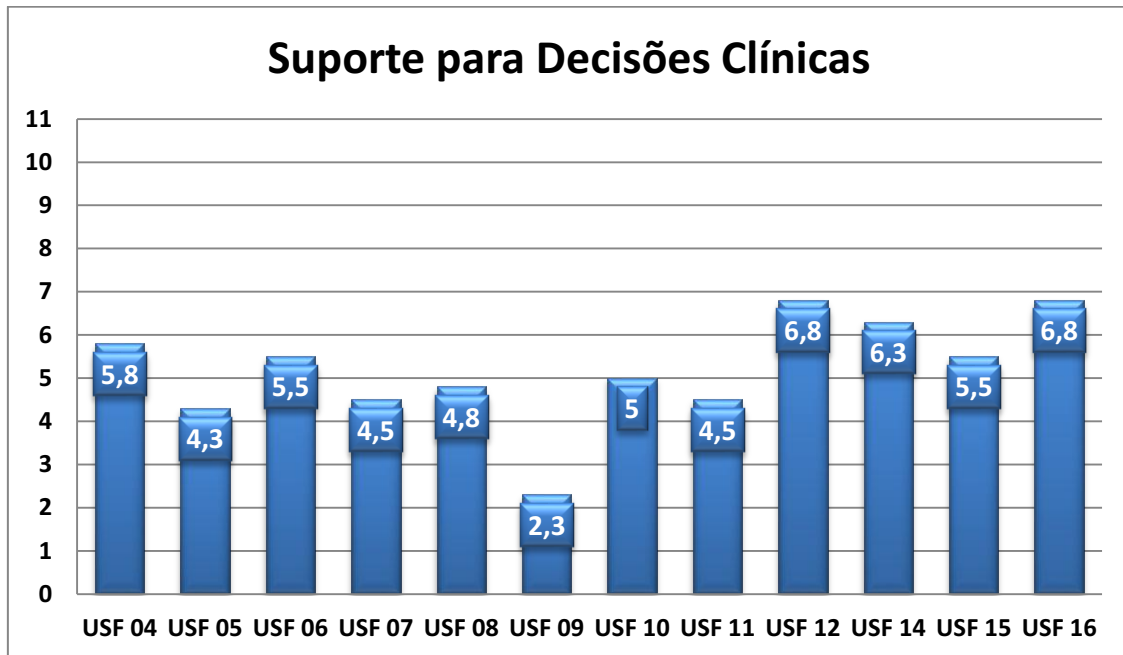
O ato de ensinar condutas para subsidiar o cuidado e o apoio aos usuários promove uma aproximação entre profissional e cliente, facilitando o reconhecimento da realidade, além de favorecer o controle de sua condição de saúde (LOPES et al, 2008).

O segundo eixo diz respeito ao SDC, ele estabelece que os profissionais de saúde possuam o manejo efetivo no enfrentamento as DC, baseando-se em evidências validadas no apoio as decisões clínicas (diagnóstico, prognóstico e tratamento), no suporte operacional ao usuário e a família, incluindo uma série de medidas como protocolos, linhas-guia, diretrizes e demais publicações. Busca-se a capacitação dos profissionais, no melhor acolhimento, na promoção da adesão ao tratamento e na manutenção da qualidade de vida. Nessa etapa encontram-se quatro componentes: as diretrizes baseadas em evidências, o envolvimento de especialistas na melhoria da atenção, a educação das equipes no manejo das DC,

especialmente a Hipertensão e o Diabetes e as informações aos usuários sobre a conduta terapêutica (OPAS, 2010; TADDEO, 2011).

Exposto o resultado do ACIC para SDC por USF, representado no gráfico 5.

Gráfico 5 – Escore médio do ACIC Suporte para Decisões Clínicas (USF)



Fonte: Pesquisa direta (2012).

Quando falamos em decisão clínica nos referimos a protocolos pré-existentes e validados que o sistema de saúde deve prover na atenção integrada, para melhor articular o manejo, o preparo e o encaminhamento profissional, ofertando ao usuário uma melhor qualidade desde o atendimento, promovendo ainda uma integração do sistema de forma ágil, eficaz e de fácil acesso (OMS, 2003; WAGNER, 1998).

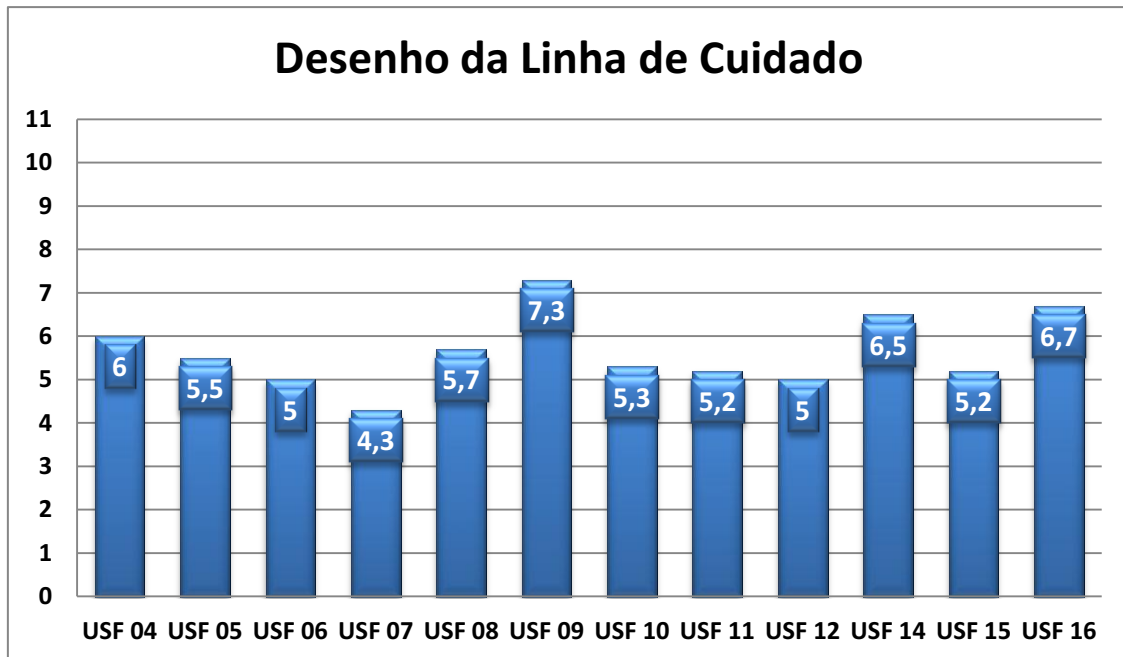
Existe uma produção de Cadernos de Atenção Básica, sob organização do MS cujo tema é DM e HAS, eles estão disponibilizados como guias para acompanhamento dos pacientes, abordam todos esses temas nos seus aspectos gerais, monitoramento e papéis de cada membro da equipe podendo ser adaptado para dar conta das especificidades dos contextos que os profissionais da ESF estão inseridos (TADDEO, 2011).

O terceiro eixo diz respeito ao DLC, ela estabelece uma necessidade de mudança na organização do sistema de saúde, com uma gestão realmente efetiva para o manejo as DC, mais uma mudança estratégica preocupada na oferta do cuidado e não na intervenção emergencial. Nesse eixo são avaliados seis componentes: a linha de cuidado, a relação com a liderança das equipes de saúde, o sistema de agendamento, o monitoramento, a atenção

programada aos usuários com DC e o sistema de referência aos especialistas na atenção básica (OPAS, 2010).

O resultado da aplicação do ACIC para o DLC por USF é representado no gráfico 6.

Gráfico 6 – Escore médio do ACIC Desenho da Linha de Cuidado (USF)



Fonte: Pesquisa direta (2012).

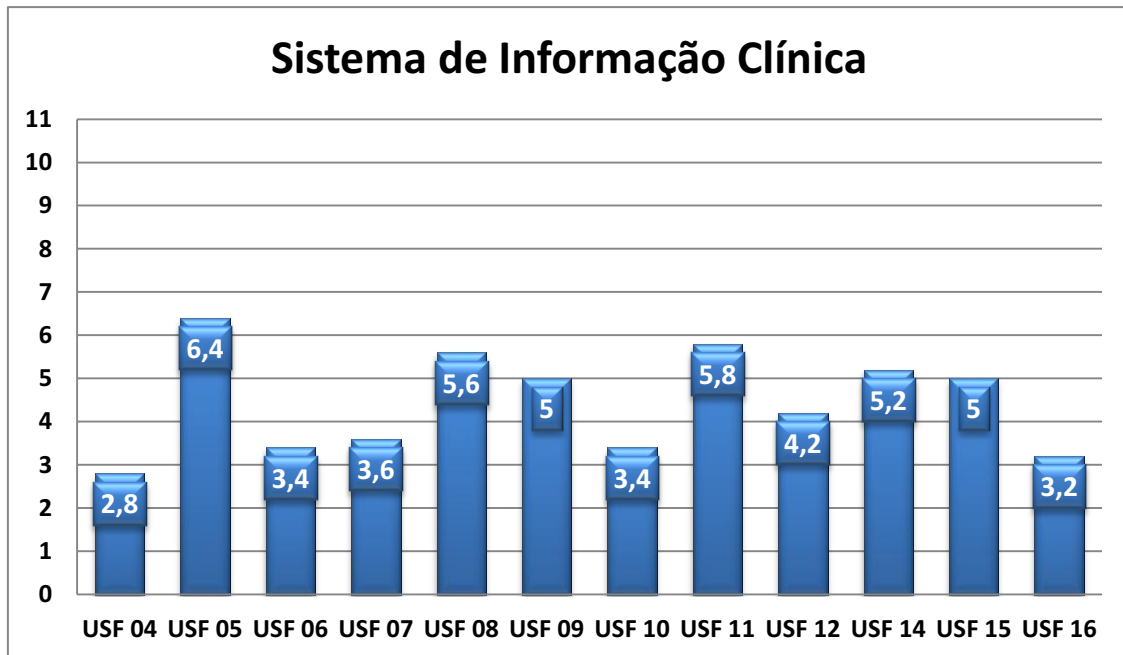
Quando se fala em linha de cuidado estamos interessados em estabelecer tarefas, formas, funções, objetivos, fluxos para garantir de forma apropriada que o paciente receba a atenção necessária que este necessita. Sendo esta atenção assegurada por todos os profissionais que atendam o paciente, mantendo suas informações atualizadas e unificadas sobre o real estado de saúde do paciente, garantindo uma rede completa e eficaz (sistema de referência e contra referência) plena, garantindo o padrão de atendimento, ofertado com ênfase na qualidade (BODENHEIMER et al, 2002).

O quarto eixo diz respeito ao SIC, aqui se enquadra informações úteis individualizadas, por paciente ou por população de pacientes com HAS ou DM torna-se, portanto, esse quesito de fundamental importância, para tornar os programas de saúde efetivos. Nesse eixo encontram-se cinco componentes: o registro, o alerta aos profissionais, a retroalimentação, informações relevantes sobre subgrupos de usuários que requerem serviços especializados e o estabelecimento do plano terapêutico dos pacientes. A necessidade de um sistema de informação está baseada na necessidade de prevenir ou manejar a atenção às DC, assim uma equipe pode localizar as necessidades específicas daquele paciente, lhe

proporcionando uma atenção planejada, onde um sistema deve poder retroalimentar os profissionais sobre seu desempenho e possuir sistemas de alertas eficientes.

A aplicação do ACIC para o SIC por USF é representado no gráfico 7.

Gráfico 7 – Escore Médio do ACIC Sistema de Informação Clínica (USF)



Fonte: Pesquisa direta (2012).

As informações sobre a prática e o atendimento realizado devem ser registradas em um prontuário específico. Os profissionais devem seguir uma *guideline* (linha-guia), para confirmar diagnóstico, propor tratamento, solicitar exames complementares e oferecer seguimento, havendo ainda a necessidade do registro de planejamento e avaliação das ações realizadas pelas equipes de saúde da família. Na proposta do MCC há registros de todos os pacientes, idade, sexo e outras características gerais, assim como, consultas, agendamento, exames realizados com datas, previsão de nova solicitação de exames, os quais ainda contribuem para o acompanhamento destes pacientes, quando há alterações nos exames ou quando estes faltam à consulta (BODENHEIMER et al, 2002).

O MS monitora as ações dos diabéticos e hipertensos na Atenção Básica por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Atenção Primária.

Demonstra-se que os serviços ofertados para o cuidado a pessoas com DC, especialmente HAS e DM, devem apresentar valores que variam entre 0 a 11 na aplicação do

ACIC versão 3.5, onde o “0” significa não desenvolvido e o “11” plenamente desenvolvido, com níveis D, C, B ou A (3 em cada nível).

Após realizarmos a aplicação do ACIC podemos esquematizar um resumo dos resultados obtidos, visualizada na tabela 7.

Tabela 7 – Resultado final ACIC – Cajazeiras/PB – 2012.

NOME	OSS	CC	AA	SDC	DLC	SIC	ICMCC	TOTAL
USF 04	6,5	5,0	5,8	5,8	6,0	2,8	6,2	5,4
USF 05	6,5	5,0	6,0	4,3	5,5	6,4	6,2	5,7
USF 06	6,5	5,0	4,5	5,5	5,0	3,4	6,2	5,2
USF 07	6,5	5,0	4,8	4,5	4,3	3,6	6,2	5,0
USF 08	6,5	5,0	8,0	4,8	5,7	5,6	6,2	6,0
USF 09	6,5	5,0	5,8	2,3	7,3	5,0	6,2	5,4
USF 10	6,5	5,0	4,8	5,0	5,3	3,4	6,2	5,2
USF 11	6,5	5,0	5,8	4,5	5,2	5,8	6,2	5,6
USF 12	6,5	5,0	7,3	6,8	5,0	4,2	6,2	5,9
USF 14	6,5	5,0	8,0	6,3	6,5	5,2	6,2	6,2
USF 15	6,5	5,0	6,0	5,5	5,2	5,0	6,2	5,6
USF 16	6,5	5,0	6,5	6,8	6,7	3,2	6,2	5,8
CAJAZEIRAS	6,5	5,0	6,1	5,2	5,6	4,5	6,2	5,6

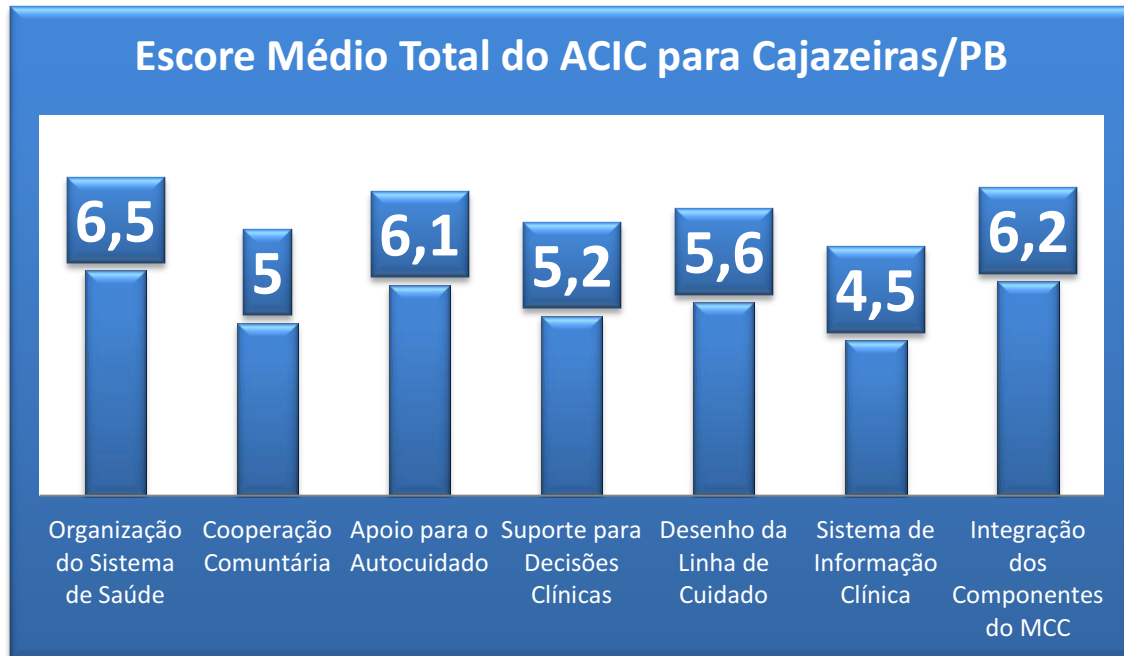
Fonte: Pesquisa direta, 2012.

O resultado final do ACIC, constante na tabela acima, resume todas as respostas obtidas na aplicação do questionário frente respostas dadas pelas USF, pelo CMS e pela SMS em todos os sete eixos temáticos. Na aplicação do questionário obtivemos o resultado para cada eixo temático, apresentando a média aritmética dos componentes em cada um dos sete eixos e a partir de duas perceptivas, uma municipal para OSS, ICMCC e CC e a outra local para AA, SDC, DLC e SIC.

Para o segmento do ACIC versão 3.5 a OSS, obteve-se média municipal com valor 6,5 correspondendo a um nível de atenção B. Para o ICMCC, obteve-se média municipal com valor 6,2 e nível de atenção B. Na área temática Comunidade, obtivemos para CC média municipal com valor 5 e nível de atenção C. Na área temática Unidade de Saúde, obteve-se média por USF subdividida em quatro eixos. Em cada eixo obtivemos média local por USF e média municipal atribuída pela média aritmética das 12 USF. O primeiro eixo para o AA obteve média municipal 6,1 e nível de atenção B. Já o segundo eixo para SDC obteve-se média municipal 5,2 e nível de atenção C. No terceiro eixo para DLC resulta-se média municipal 5,6 e nível de atenção C e por fim o quarto e último eixo para SIC obtivemos média municipal 4,5 e nível de atenção C.

Ao final apresentamos o escore médio total do ACIC para Cajazeiras/PB no gráfico 8 para cada um dos sete eixos temáticos da pesquisa.

Gráfico 8 – Escore médio total do ACIC para Cajazeiras/PB



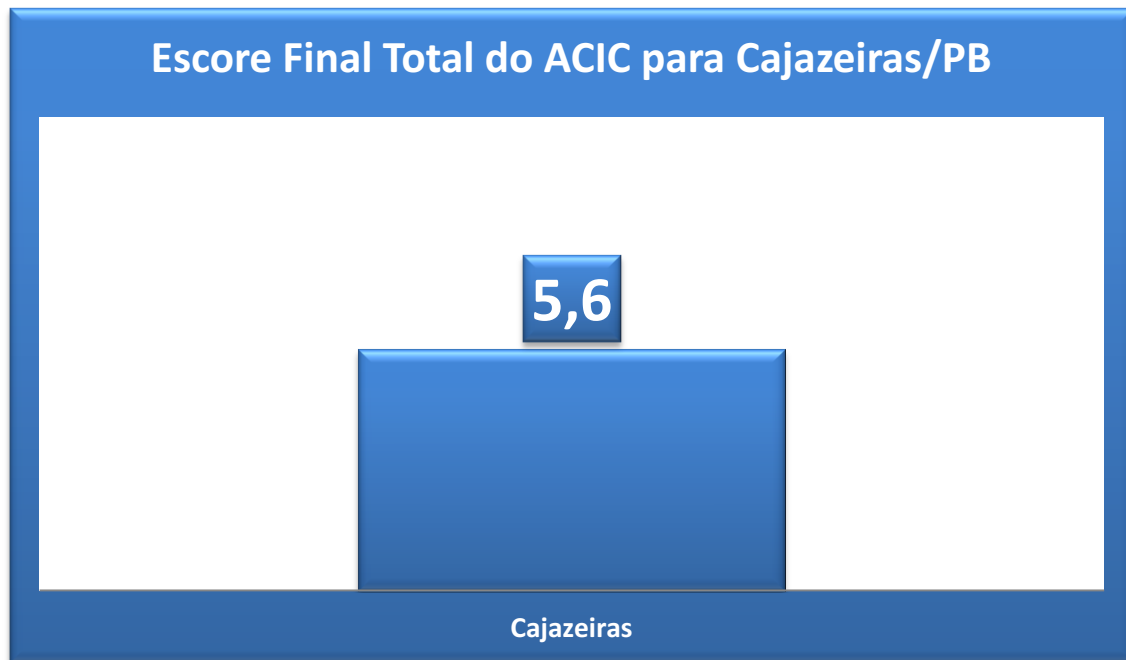
Fonte: Pesquisa direta (2012).

O gráfico 8 apresenta uma perceptiva global, trata-se do escore médio total do ACIC para Cajazeiras/PB subdivida em sete eixos temáticos, o gráfico representa a união de todas as três áreas focais.

O ACIC versão 3.5 atribuiu uma pontuação para cada componente de cada eixo temática em cada área focal. Em qualquer item ou componente a avaliação final varia entre “0” e “11” ponto, o menor valor possível indica um local com recursos e estrutura muito limitadas no manejo às doenças crônicas especialmente o DM e HAS pelo HIPERDIA e o maior valor indica um local com recursos e estrutura ótima para o manejo destas.

A elucidação destes componentes permite realizar a média aritmética municipal com valor 5,6 e nível de atenção C, resumidamente apresentado no gráfico 9.

Gráfico 9 – Escore final total do ACIC para Cajazeiras/PB



Fonte: Pesquisa direta (2012).

O presente questionário é composto por 34 questionamentos, dividido em 7 segmentos em 3 áreas. Cada questionamento avalia a realidade focal ou municipal atribuindo valores de 0 a 11. Os resultados para o questionário foram obtidos a partir de respostas diretas entre o questionador e o questionado, no qual foi escolhido o nível que melhor representava a realidade encontrada por aquele profissional, baseando a sua escolha com a escala de Likert adaptada para três pontos, cuja metodologia de conversão já foi explicada.

As diretrizes para a interpretação seguem em obediência a figura 2.

Figura 2 – Interpretação do resultado final para o ACIC versão 3.5

<p>The interpretation guidelines are as follows:</p> <p>Entre "0" e "2" = Atenção limitada para as Doenças Crônicas</p> <p>Entre "3" e "5" = Atenção às Doenças Crônicas básicas</p> <p>Entre "6" e "8" = Atenção bem razoável às Doenças Crônicas</p> <p>Entre "9" e "11" = Atenção às Doenças Crônicas altamente desenvolvidas</p>

Fonte: (Wagner et al, 2001).

Ao aplicar o ACIC versão 3.5 na cidade de Cajazeiras/PB, obteve-se média final com valor 5,6 e nível de atenção C. O valor atribuído à cidade com o ACIC comparado com a figura 2 interpreta e classifica o resultado da Avaliação da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos no Município de Cajazeiras-PB pelo programa de saúde HIPERDIA. Obtivemos, portanto, uma avaliação final na qual a atenção é considerada básica no município estudado.

O resultado da pesquisa também aponta a USF 07 (escore 5,0) com o menor desempenho dentre as USF pesquisadas e a USF 14 (escore 6,0) com o melhor desempenho. Assim também podemos ver a diferença de apenas 1 ponto entre o menor desempenho e o maior desempenho, mostrando que em Cajazeiras a atenção é basicamente a mesma entre as USF.

No que se diz respeito à Unidade de Saúde e as suas quatro subdivisões, o AA teve menor avaliação na USF 06 (escore 4,5) e maior avaliação nas USF 08 e USF 14 (escore 8,0), o SDC teve menor avaliação na USF 09 (escore 2,3) e maior avaliação nas USF 12 e USF 16 (escore 6,8), para a DLC a menor avaliação foi na USF 07 (escore 4,3) e na USF 04 (6,4) a maior avaliação e por fim a SIC com menor avaliação foi registrada na USF 04 (escore 2,8) e a maior avaliação na USF 05 (escore 6,4).

De acordo com os componentes do MCC, os indicadores que tiveram menores pontuações na OSS foram atribuídos à existência da liderança organizacional no manejo do HIPERDIA, porém sem dotação específica de recursos (escore 6), com existência de metas organizacionais, porém, atende-se parcialmente a esse quesito e a atribuição de monitoramento e revisão (escore 6), a existência de estratégias validadas para solucionar os problemas são atendidas parcialmente (escore 6) e a autoridade institucional atende parcialmente a tutela de encarar esforços para melhoria da atenção (escore 6). Já com relação a melhor pontuação foi obtida com a existência total de diretrizes que promovem a integralidade da atenção (escore 8).

A menor pontuação obtida na ICMCC foi atribuída aos recursos comunitários, à rotina de monitoramento e a realização de condutas de forma esporádica (escore 5) e a melhor pontuação atribuída na informação aos usuários de protocolos por meios de materiais específicos e no registro de informações do paciente com metas de autocuidado feitas com base em observações pela equipe (escore 8).

Na avaliação da CC a menor pontuação obtida revelou os pontos frágeis na edição do plano municipal de saúde quanto a não implantação de medidas ou direitos atribuídos por parte dos pacientes com HAS e DM (escore 3) e a melhor pontuação atingida na vinculação dos usuários com os recursos comunitários (escore 7).

A avaliação final para a Unidade de Saúde apresentou no AA pontos fragilizados na atenção voltada para o registro e avaliação das necessidades do paciente não realizado na USF 09 (escore 0), na falta de suporte psicossocial aos usuários e familiares nas USF 04 (escore 0) e USF 07 (escore 2) e na intervenção efetiva para mudança de comportamento na USF 10 (escore 2). Já a melhor pontuação do AA foi obtida na intervenção efetiva para mudança de

comportamento da USF 04 (escore 10), esta realizada como rotina no programa HIPERDIA para os pacientes com diagnóstico para HAS e DM.

O SDC apresentou pontos fragilizados na atenção voltada para as diretrizes baseadas em evidências não existentes ou não disponíveis pelas USF 05, USF 06, USF 07, USF 08 e USF 09 (todos com escore 0) e na USF 11 (escore 1) e o não envolvimento de especialistas na atenção primária pela USF 09 (escore 0). A melhor pontuação para SDC está relacionada às diretrizes baseadas em evidências disponíveis e integradas a educação permanente e utilizadas pelos profissionais de saúde (escore 8), envolvimento de especialista na melhoria da atenção nas USF 12 e USF 16 (escore 8), educação das equipes para o manejo pelo HIPERDIA da HAS e do DM a partir de metodologia ativa de aprendizagem nas USF 04 e USF 06 (escore 8) e na informação aos usuários sobre condutas terapêuticas de forma espontânea através de material educativo na USF 06 (escore 8).

Como resultado da aplicação do questionário, especialmente para o DLC, obteve-se pontos fragilizados na atenção para linha de cuidado inexistente ou incipiente na USF 06 (escore 0), na liderança das equipes de saúde não existente USF 06, USF 07 e USF 11 (todos com escore 3), o sistema de agendamento só está disponível de forma periódica de monitoramento ou de urgência desenvolvida na USF 12 (escore 3) e atenção programada para usuários não existente na USF 07 (escore 0). Entre os pontos com maior pontuação estão o sistema de agendamento flexível, ajustado à necessidade do usuário, sem a coordenação da atenção primária nas USF 04, USF 05, USF 06, USF 09, USF 11, USF 14 e USF 16 (todas com escore 8) e o monitoramento assegurado pelos profissionais, de acordo com a necessidade do usuário nas USF 04, USF 05, USF 06, USF 08, USF 09, USF 14 e USF 16 (todas com escore 8).

Para o último segmento, o SIC obteve pontos fragilizados no registro e lista de usuários com condições específicas realizado de forma precária pela USF 10 (escore 2), alerta aos profissionais não existente na USF 06 (escore 0) e existente de forma precária na USF 12 (escore 2), a retroalimentação não específica para a equipe na USF 07 e USF 16 (escore 2), obtenção de informações a usuários que requerem serviços especializados não existente na USF 04 (escore 0) e de difícil acesso nas USF 12 e USF 16 (ambas com escore 2) e plano terapêutico não existente na USF 04 (escore 0), usado de forma individualizada a critério do profissional nas USF 09 e USF 10 (ambas com escore 1) e de forma individualizada nas USF 07 e USF 16 (escore 2). Com melhor pontuação destaca-se o registro com lista do usuário com condição específica existente e com permissão para classificar a população por prioridades clínicas na USF 08 (escore 8) e USF 05 e USF 07 (ambas com escore 7), alerta

aos profissionais com inclusão de necessidades na população de usuários na USF 11 (escore 8), USF 05 e USF 09 (ambas com escore 7), retroalimentação existente com intervalo suficiente para monitorizar o desempenho nas USF 12 e USF 14 (ambas com escore 7), obtenção de informações a usuários que requerem serviços especializados podendo ser obtido quando requerido, mas não está disponível rotineiramente nas USF 05 e USF 08 (ambas com escore 7).

Trabalhar a qualidade no SUS a partir de ferramentas práticas pré-existentes, adaptadas e já validadas é o que quem quer trabalhar com saúde da família exige. Analisando ponto-a-ponto e findando com uma perceptiva macro do sistema de saúde ou do programa abordado, constitui um importante elemento na busca de melhorias na atenção básica.

Nós somos os principais atores para melhorar a qualidade da atenção básica, sugerindo pontos fragilizados para materializar uma problemática e resolvê-la dentro da própria atenção objetivando um padrão ideal, melhorando e reavaliando constantemente o nosso trabalho de forma permanente. Apreendemos que somos a própria resolução para enfrentar os problemas, superar as dificuldades e alcançar os nossos objetivos, pois somos a base sólida do cuidar, aprendendo e o ensinando, pelos diversos saberes conquistados ao longo de nossas vidas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo enfocou uma perspectiva congênere na elucidação de diversos saberes ao propor um direcionamento avaliativo-qualitativo, na condução do programa de saúde pública HIPERDIA.

A reorganização do chamado nível primário do sistema, repercute em um cenário de propostas reformistas intra e extra-setoriais, estimuladora de debates consistentes, para garantir as diretrizes consagradas constitucionalmente. Como estratégia do SUS, a saúde da família não pode ser pensada apenas na realização de mera assistência baseada na oferta e sim deve oferecer qualidade para obter melhor resolutividade, auferindo menores custos.

Cada vez mais importante e de extrema necessidade, ferramentas devem promover avaliação da qualidade, em programas de saúde pública e, em geral, do sistema de saúde. O uso de ferramentas já consagradas e referendadas por organizações científicas são de fundamental importância e o ACIC versão 3.5 se mostrou eficaz, para avaliar o programa HIPERDIA e sua articulação com o sistema de saúde cajazeirense.

A partir da aplicação do instrumento, já validado em mais de dez países, e com experiências pontuais por São Carlos (São Paulo), Diadema (São Paulo), Recife (Pernambuco), Arco Verde (Pernambuco) e Fortaleza (Ceará) no Brasil, para estimar a qualidade da atenção a DC, o ACIC versão 3.5 foi colocado em prática para avaliar o manejo e o preparo do sistema de saúde cajazeirense, frente às condições crônicas dos hipertensos e diabéticos atendidos pelo programa HIPERDIA.

Partindo desta premissa, o Questionário de Avaliação da Atenção as Doenças Crônicas foi dividido por áreas focais, sendo cada uma aproveitada em um segmento do sistema de saúde. Assim, foram aplicados em 12 USF que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão bem como aplicado na SMS e no CMS.

Cumprasse assinalar que a proposta de avaliação da atenção aos hipertensos e diabéticos pelo HIPERDIA na estratégia de saúde da família no município de Cajazeiras-PB, foi atendida em sua completude. Obtivemos uma análise do sistema, macro e micro, local e municipal, com a aplicação do ACIC versão 3.5. Traçamos o perfil da atenção, localizando áreas e locais com maior e menor pontuação, segundo os componentes do referido instrumento de coleta de dados.

A atividade de avaliação foi realizada através do preenchimento do questionário ACIC versão 3.5 nos meses de maio, junho, agosto e setembro de 2012. Os resultados demonstraram uma perceptiva local e municipal, quanto à qualidade dos serviços disponibilizados para o

cuidado com os hipertensos e diabéticos pelo programa HIPERDIA. Os valores variaram de 0 a 11, onde “0” correspondeu a não desenvolvido e “11” plenamente desenvolvidos, com estágios que são representados pelos níveis D, C, B ou A (3 em cada nível).

Os resultados mostraram valores bastante discrepantes entre as USF, com escores compreendidos entre 2,3 e 8 refletindo, portanto, o processo que foi utilizado para o preenchimento do questionário, a avaliação pelo representante do serviço no momento da aplicação. Já na perspectiva municipal, os resultados colhidos demonstram um escore final com valor 5,6, ou seja, de acordo com a linha-guia do ACIC, a atenção as DC no município é considerada básica.

Resultado este aceito, como consta em Wagner et al (2001). Essa avaliação mostrou um resultado considerado esperado, normal, onde ainda não se têm implantado medidas que possam favorecer a melhoria da qualidade da atenção. Afinal, se todos estivessem promovendo uma atenção excelente, não seriam necessário programas para sua melhoria ou projetos que o focassem.

De acordo com o questionário utilizado, os indicadores que apresentaram menores pontuações foram: na a OSS a não dotação específica de recursos, metas organizacionais, monitoramento, revisão, estratégias e atuação da autoridade institucional atendidas de forma parcial; para ICMCC a esporadicidade de condutas; para CC a não implantação de medidas ou direitos no plano municipal de saúde; nas USF para AA a não realização de registro e avaliação das necessidades dos pacientes (USF 09), falta de suporte psicossocial (USF 04) e intervenção não efetiva para mudança de comportamentos (USF 10); ainda nas USF para SDC na falta de diretrizes baseadas em evidências (USF 05, 06, 07, 08, 09 e 11) e o não envolvimento de especialistas (USF 09); para as USF no DLC a inexistência de linhas de cuidado (USF 06), inexistência de liderança das equipes de saúde (USF 06, 07 e 11), agendamento apenas para monitoramento ou urgência (USF 12), sem atenção programada (USF 07); e por fim nas USF no SIC a precariedade do registro com condições específicas dos usuários (USF 10 e 12), falha na retroalimentação (USF 07 e 16), no alerta aos profissionais (USF 06 e 12), nas informações sobre usuários que requerem serviços especializados (USF 04, 12 e 16) e no plano terapêutico inexistente ou de forma individualizada (USF 04, 07, 09, 10 e 16).

Ainda de acordo com o questionário supracitado, os indicadores que tiveram maiores pontuações: na OSS a existência de diretrizes que promovam a integralidade; no ICMCC na disponibilidade de material específicos sobre suas condições aos usuários com o estabelecimento de metas para o autocuidado; na CC destaca-se a vinculação dos usuários

com os recursos da comunidade; nas USF para o AA destaca-se a intervenção efetiva para mudança do comportamento como rotina do programa (USF 04); ainda nas USF para o SDC relacionada às diretrizes baseadas em evidências disponíveis e integradas a educação permanente e utilizadas pelos profissionais de saúde (USF 12 e 16), no envolvimento de especialistas na melhoria da atenção (USF 12 e 16), na educação das equipes (USF 04 e 06) e na informação aos usuários sobre a conduta terapêutica (USF 06); para USF no DLC está o sistema de agendamento flexível (USF 04, 05, 06, 09, 11, 14 e 16) e o monitoramento pelos profissionais (USF 04, 05, 06, 08, 09, 14 e 16); e por fim na ESF o SIC encontra-se o registro dos usuários com condição específica (USF 08), classificação das prioridades clínicas (USF 05, 07 e 08), alerta aos profissionais (ESF 05, 09 e 11), retroalimentação (ESF 12 e 14) e informações dos usuários que requerem serviços especializados (ESF 05 e 08).

Estes indicadores devem ser levados em consideração no momento de se programar as intervenções que devem ser realizadas pela SMS de Cajazeiras-PB, para programar a melhoria da qualidade de atenção nas linhas de cuidado da hipertensão e diabetes.

Pela importância no direcionamento, a condução dos programas e do sistema de saúde deve ser voltada à qualidade, tornando-se necessária uma avaliação qualitativa permanente, inserida dentro da gerência da atenção básica do município, voltado especialmente para avaliar, planejar e implantar estratégias de mudança nas USF.

Este trabalho significou ainda, compreender as percepções dos enfermeiros, líderes na ESF, que participaram da pesquisa voluntariamente, colocando-nos a par, de forma muito clara, os trabalhos desenvolvidos pela USF para atender a proposta do HIPERDIA em seu território.

De forma satisfatória, percebemos que este estudo teve êxito e que muito pode contribuir, elucidando pontos com melhor desenvolvimento e com maior fragilidade dentro do sistema de saúde. Torna-se necessário, portanto, a atuação do gestor em delinear, a atenção na melhoria da qualidade dos serviços prestados, auferindo melhor resolução dos problemas, melhorando a assistência e reduzindo os custos operacionais. Agora, é possível pensar em um novo modelo de assistência, pautada na qualidade, aderindo usuário, comunidade, profissionais, gestores e comunidades científicas, elucidando novos e concretos saberes na consolidação de idéias como estas aqui expostas.

REFERÊNCIAS

- ABEN. **Informe da Atenção Básica**. nº 16, Ano III, abr. 2002. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/informe_aten_enfermagem.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.
- ANDRADE, M.M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**: elaboração de trabalho de graduação. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- BELUCI, D.G.P. **Programa Saúde da Família II**: Manual prático para o dia a dia das Equipes de Saúde da Família. 2. ed. São Paulo: Lawbook, 2009.
- BISI MOLINA, M.C.; CUNHA, R.S.; HERKENHOFF, L.F.; MILL, J.G. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública [online]**. São Paulo, v. 37, n. 6, p. 743-50, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18017.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2012.
- BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K.; JAMA, A.; WAGNER, E.H. **Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness**. JAMA 288. n. 14 p.1775 – 1779, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da saúde, 2005b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b.

CASTRO A.A. Projeto de pesquisa. In: _____. **Planejamento da pesquisa**. São Paulo: AAC, 2001. Disponível em: <http://www.evidencias.com/planejamento/pdf/lv4_06_local.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

CESARINO, C.B.; CIORLIA, L.A.; CIPULLO, J.P.; CORDEIRO, J.A.; GODOY, M.R.P.; MARTIN, J.F.M.; RODRIGUES, I.C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p.31-5. abr. 2008.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DANTAS, L. A.; PEREIRA, A. S. G.; GOMES, K. W. L. A construção de novas práticas em saúde da família a partir da interação com os sujeitos populares. In: SILVA, A. C. (org.). **Livro do médico de família**. Fortaleza: LCR, 2008.

DATASUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>>. Acesso em: 13, 23, 24, 26 e 27 jan. 2012.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Itapevi, SP. A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, I.M.; GIUGLIANI, E.R.J. Medicina ambulatorial: condutas na atenção primária baseadas em evidência. In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. **A estratégia saúde da família**. 2004.

FAGARD, R.H. Physical activity, physical fitness and incidence of hypertension. **Journal of Hypertension**, Milan, v. 23, n. 2, p. 265-267, Feb. 2005.

FIGUEIREDO, N.M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

FIGUEIREDO, N.M. A. **Metodologia da Pesquisa: como planejar, executar e escrever um trabalho científico**. João Pessoa: Universitária, 2002.

FREITAS M.C; MENDES, M.M.R. Condição crônica: Análise do Conceito no contexto da saúde do adulto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto – São Paulo, vol. 12, n.4, p. 15-24, julho-agosto, 2007.

GALINDO, A. J. de A. **Avaliação do controle clínico de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Acompanhamento da Atenção Básica (HIPERDIA) no município de Arcoverde – Pernambuco**. 2010. 74 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

GARCIA, M.C.C. CIRINO, I.D.; DANTAS, D.N.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P.; SILVA, M.P.M. Ações de Diagnóstico e Controle da Tuberculose no Contexto da Atenção Primária à Saúde: avaliação do componente elenco de serviços. In: **anais do 16º SEMPE 2011**. Campo Grande, 2011. Disponível em: < www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0408.pdf > Acesso em: 12 out. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008. IBGE. **Censo Demográfico do Brasil**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>. Acesso em: 21 jan.2012.

KELLER, J. BELLEN, H.M.V.; FERREIRA, D.D.; FILHO, S.S.L.; GONTIJO, L.A.; LINO, S.R.L. Teses e dissertações defendidas no PPEGC (UFSC): uma investigação da produção científica com enfoque na abordagem metodológica. In: Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 6, 2010, Niterói-RJ. **Anais ... Niterói-RJ: VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 2010**. 1 CD-ROM.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 383-92, 2001.

LOPES, M. J. M. **O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado – feminino, doméstico, desvalorizado**. 1987. 62f. Dissertação de Mestrado, Sociologia, Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 1987.

LOPES, M. J. M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade dos trabalhadores do cuidado da saúde. In: LOPES, M.J.; MEYER, M.J.; WALDOW, V.R (orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. p. 55-62.

LOPES, M.C.L, CARREIRA, L.; MARCON, S.S.; SOUZA, A.C.; WAIDMAN, M.A.P. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem [online]**. Goiânia, Goiás, v. 10, n. 1, p 198 – 211, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>>. Acesso em: 3 de outubro de 2012.

MAIA, M.A.C. GONÇALVES, L.P.; MOURA, J.P.; SANTOS, J.S.; TORRES, A. Um estudo sobre o controle da tuberculose nas unidades de Saúde da Família do município de Passos (MG). **Ciência et Praxis**, v. 3, n. 6, 2010.

MALTA, D.C.; FERNANDES, R.M.; MOURA, L.; ROCHA, F.M.; SOUZA, F.M. Doenças crônicas não transmissíveis. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

NEWS. MED. BR. **OMS divulga as dez principais causas de morte no mundo**. 29. jun. 2011. Disponível em: <<http://www.news.med.br/p/saude/222530/oms-divulga-as-dez-principais-causas-de-morte-no-mundo.htm>>. Acesso em: 29 fev. 2012.

OBLITAS, M.Y. DAVID, H.M.L.; LONCHARICH, N.; SALAZAR, M.E.; SILVA, I.; VELÁSQUEZ, D. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.1, jan-fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000100020&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2012.

OLIVEIRA C.M. ANDRADE, M.; KRIEGER, J.; PEREIRA, A.C.; SOLER, J.M. **Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population**: Baependi Heart Study. *BMC Med Genet*, p. 9-32, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PRESTES, M. L. **A pesquisa e a Construção do Conhecimento Científico**: do planejamento aos textos, da escola à academia. 2ª Ed. São Paulo: Rêspel, 2003.

RODRIGUES, L.C.R. **Programa Saúde da Família**: analisando a prática do enfermeiro. 2008. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2008.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 1, p. 23-34, jan-fev, 2008.

SILVA, R.O. L. **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família**: um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro. 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SOUSA, J. C. A doença crônica e o desafio da comorbilidade. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, Portugal, vol. 23, n.1 p. 353-358, 2007.

TADDEO, P. S. **Autocuidado de pacientes com doenças crônicas: experiências na estratégia saúde da família de Fortaleza, Ceará**. 2011. 99f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2011.

UEBERSAX, J. S. **Likert Scales**: Dispelling the Confusion. *Statistical Methods for Rater Agreement*. 31 de ago. 2006. Disponível em: <<http://ourworld.compuserve.com/homepages/jsuebersax/likert.htm>>. Acesso em: 20 de out. 2012.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 14, n. 4, p. 257-306, out/dez. 2006.

VENCIO, S. Novo Número de Diabéticos é Divulgado. Lisboa, Portugal. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/component/content/article/45-ultimas-noticias/1908-comeca-o-congresso-da-easd>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 19, n. 1, p. 7-63, jan./mar. 2010.

WAGNER, E. H. **Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness.** Effective Clinical Practice, n. 1, p. 2-4, 1998.

WAGNER, E. H. BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K.; JAMA, A. **Improving chronic illness care: Translating evidence into action.** Health Affairs n. 20(6), p. 64 – 78, 2001.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA



Universidade Federal
de Campina Grande

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA – UACV CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME DA USF			
ENDEREÇO DA USF			
NOME DO ENFERMEIRO (A)			
COREN/PB		APLICAÇÃO	___/___/2012
2. AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A HAS E AO DM NO HIPERDIA			
1º ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE			
A estruturação de políticas/gestão de programas de doenças crônicas podem ser mais efetivos se todo sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientado para o cuidado das doenças crônicas.			
1º EIXO NORTEADOR	A Liderança organizacional do Sistema para a atenção às doenças crônicas?		
2º EIXO NORTEADOR	Metas Organizacionais para a atenção às doenças crônicas?		
3º EIXO NORTEADOR	Estratégias para a melhoria da atenção às doenças crônicas?		
4º EIXO NORTEADOR	Políticas e incentivos para a atenção às doenças crônicas?		
5º EIXO NORTEADOR	Autoridades institucionais?		
6º EIXO NORTEADOR	Diretrizes (regulação, protocolos e linhas-guia)?		
2º COOPERAÇÃO COMUNITÁRIA			
Cooperação entre o sistema de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo de doenças crônicas (DC).			
1º EIXO NORTEADOR	Vinculação dos usuários com recursos da comunidade?		
2º EIXO NORTEADOR	Parcerias com as organizações comunitárias?		
3º EIXO NORTEADOR	Planos Regionais e/ou Municipais de Saúde (Resoluções do Conselho Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde, Leis Municipais ou similares)?		
3º UNIDADE DE SAÚDE			
Muitos componentes da atenção às doenças crônicas (DC) acontecem ao nível das Unidades/ Serviços de Saúde (consultórios, clínicas, hospitais, etc.) e demonstraram melhorar a qualidade da atenção prestada. Estes componentes foram divididos em: apoio para o autocuidado, desenho da linha de cuidado, que afetam diretamente, na prática, o suporte para decisões e os sistemas de informação clínicas.			
A - APOIO PARA O AUTOCUIDADO			
O apoio ao autocuidado efetivo pode ajudar as pessoas com doenças crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de viver com a doença crônica (DC), cuidar-se adequadamente e reduzir as complicações e sintomas da			

doença.	
1º EIXO NORTEADOR	Registro e avaliação das necessidades e atividades de autocuidado?
2º EIXO NORTEADOR	Apoio ao autocuidado?
3º EIXO NORTEADOR	Suporte psicossocial aos pacientes e familiares?
4º EIXO NORTEADOR	Intervenções efetivas para mudança de comportamento e grupos de apoio?
B – SUPORTE PARA DECISÕES CLÍNICAS	
O manejo efetivo de doenças crônicas assegura que os profissionais de saúde têm acesso a informações baseadas em evidências e validadas para apoiarem as decisões clínicas (diagnóstico, prognóstico e tratamento) na atenção aos usuários. Isto inclui diretrizes e protocolos clínicos especialmente elaborados e adaptados aos serviços de saúde, que capacitem às equipes multiprofissionais na clínica, no acolhimento ao paciente e na promoção da adesão ao tratamento e de hábitos saudáveis de vida.	
1º EIXO NORTEADOR	Diretrizes baseadas em evidências?
2º EIXO NORTEADOR	Envolvimento de especialistas na melhoria da atenção primária?
3º EIXO NORTEADOR	Educação das Equipes em atenção às Doenças Crônicas?
4º EIXO NORTEADOR	Informações aos Usuários sobre as condutas terapêuticas?
C – DESENHO DA LINHA DE CUIDADO	
A literatura sugere que a gestão efetiva da atenção às doenças crônicas (DC) envolve mais do que acrescentar várias intervenções aos sistemas de saúde, acostumados à atenção aguda ou de urgência. Isto pode tornar necessária uma mudança da organização do sistema, realinhando a provisão (oferta) do cuidado.	
1º EIXO NORTEADOR	Linha de Cuidado para a atenção?
2º EIXO NORTEADOR	Liderança das Equipes de Saúde?
3º EIXO NORTEADOR	Sistema de Agendamento?
4º EIXO NORTEADOR	Monitoramento?
5º EIXO NORTEADOR	Atenção programada para usuários com DC?
6º EIXO NORTEADOR	Referência ao especialista ou a serviços de apoio diagnóstico?
D – SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA	
Informação útil e oportuna individualizada por paciente ou por populações de pacientes com condições crônicas (é importante para tornar efetivos os programas, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais).	
1º EIXO NORTEADOR	Registro (lista de usuários com condições específicas)?
2º EIXO NORTEADOR	Alertas aos profissionais?
3º EIXO NORTEADOR	Retroalimentação (“feedback”)?
4º EIXO NORTEADOR	Informação Relevante sobre Subgrupos de usuários que requerem serviços Especializados?
5º EIXO NORTEADOR	Planos Terapêuticos dos Pacientes?
4 INTEGRAÇÃO DOS COMPONENTES DO MODO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS	
Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, como, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros ou sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos terapêuticos dos pacientes (locais para o desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).	
1º EIXO NORTEADOR	Informações aos usuários sobre protocolos?
2º EIXO NORTEADOR	Registros ou Sistemas de Informação?
3º EIXO NORTEADOR	Recursos Comunitários?
4º EIXO NORTEADOR	Plano Organizacional para Atenção às Doenças Crônicas?
5º EIXO NORTEADOR	Rotina de Monitoramento para consultas, avaliação de saúde do usuário e planejamento de metas?
6º EIXO NORTEADOR	Condutas para a Atenção às Doenças Crônicas?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Universidade Federal de Campina Grande



Universidade Federal
de Campina Grande

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: “**O HIPERDIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**”.

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu _____,
profissão _____, residente na
rua _____, portador da Cédula de identidade,
RG _____, e inscrito no CPF/MF _____ nascido(a) em ____
/ ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar
como voluntário(a) do estudo “**O HIPERDIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**”. Declaro que obtive todas as informações
necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim
apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam avaliar a atenção aos hipertensos e diabéticos pelo HIPERDIA na Estratégia de Saúde da Família no município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil.
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;

- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.
- Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- VII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/UFCG, a UACV, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Cajazeiras.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2012

Participante: _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 1 : _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:



Profª. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento

Pesquisadora

Telefone para contato: 83 9996 8057

Endereço para contato: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares – CEP 58.900-000, Cajazeiras-PB.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A DOENÇAS CRÔNICAS (ACIC – VERSÃO 3.5)

Questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas (ACIC – versão 3.5)

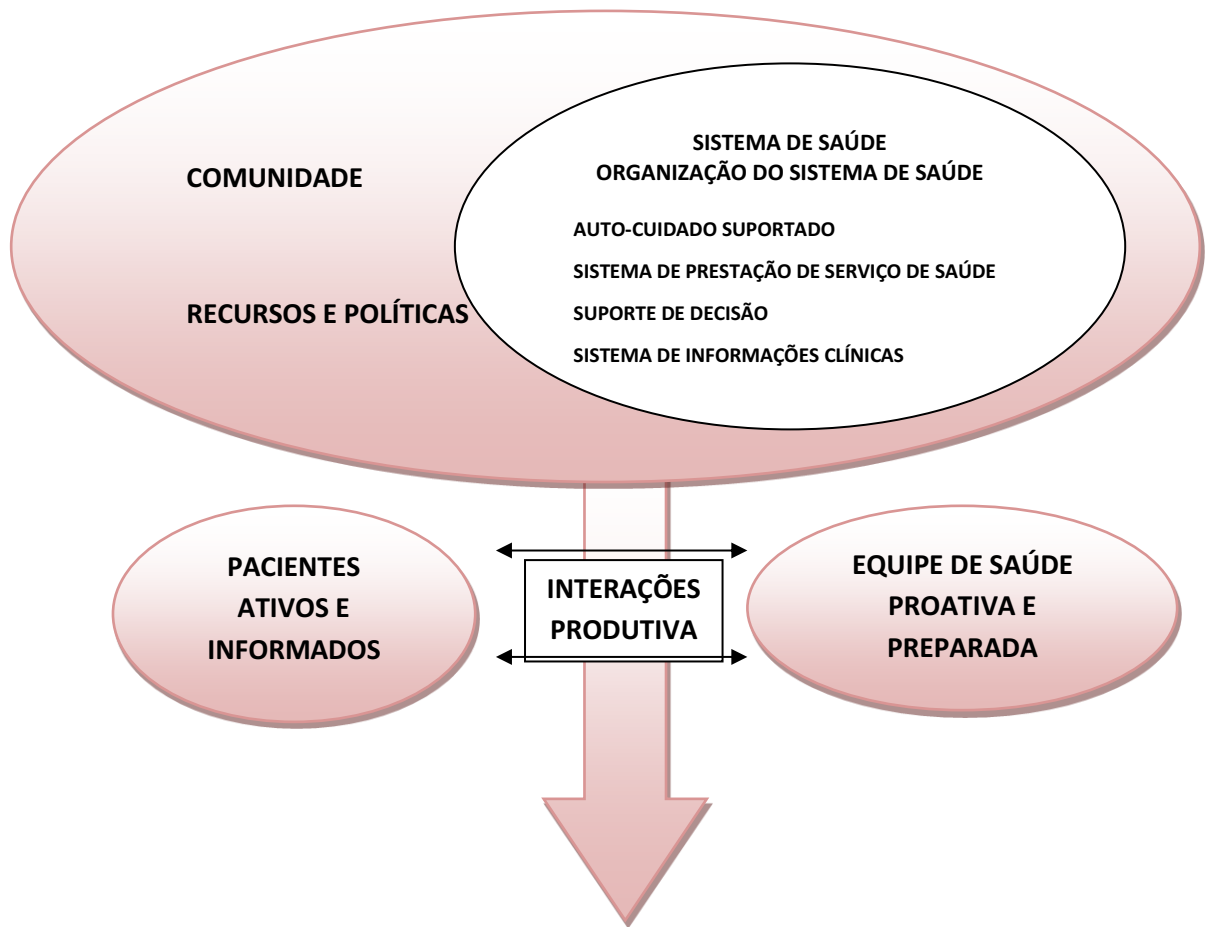
“As pessoas necessitam de um cuidado que torne-as capacitadas para manejar seus problemas de saúde crônicos. Elas precisam de apoio para fazer coisas que gostam, para seguir seu tratamento e manter-se fisicamente ativas. Estamos focados em criar no sistema de saúde a habilidade para ajudar os pacientes nestes objetivos”. Michael Von Korff, ScD, pesquisador sênior no CHS.

Introdução

Os sistemas de saúde (instituições ou unidades de saúde) requerem ferramentas práticas de avaliação para guiar os esforços de melhoria da qualidade e para avaliar mudanças feitas na atenção às doenças crônicas. Na resposta a esta necessidade, a equipe de funcionários ICIC desenvolveu o Questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas (Assessment of Chronic Illness Care - ACIC) (Bonomi e outros., 2002). Elaborado a partir de uma ferramenta desenvolvida pelo Serviço de Saúde Indiano para a avaliação da atenção ao diabetes (Acton e outros., 1993, 1995), o ACIC é proposto para ser utilizado por equipes de saúde para: (1) identificar áreas para a melhoria da atenção em doenças crônicas antes da implementação de ações/ projetos de melhoria de qualidade, e (2) avaliar o nível e a natureza das melhorias feita sem resposta às intervenções adotadas.

O questionário ACIC derivou de intervenções específicas, baseadas em evidência, para os seis componentes do modelo de atenção para doenças crônicas, conforme figura abaixo (recursos da comunidade, organização do sistema de saúde, apoio para o autocuidado, desenho da linha de cuidado, suporte para decisões clínicas e sistemas de informação clínica) (Wagner, 1998). Como o modelo, o ACIC aborda os elementos básicos para melhorar o cuidado às doenças crônicas na comunidade, no sistema de saúde (instituições e unidades), na prática clínica e no nível do paciente.

O MODELO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS



RESULTADOS CLÍNICOS E FUNCIONAIS

Fonte: WAGNER (1998)

O Modelo de Atenção às Doenças Crônicas chama a atenção para as necessidades de mudanças e adaptações no sistema de saúde para atender adequadamente às pessoas com doenças crônicas. Criado para o atendimento pontual ou de urgência, típico das doenças transmissíveis agudas, o sistema de saúde precisa mudar seu modelo de atenção para desenvolver pacientes mais ativos e informados e uma equipe multiprofissional preparada e comprometida com a atenção e os resultados funcionais e clínicos obtidos. Neste modelo, existem seis áreas focais para melhorar a atenção:

ÁREAS FOCAIS

1- Sistema de Saúde: Organização do Sistema de Saúde

Os sistemas de atenção podem criar um ambiente no qual os esforços organizados para melhorar o cuidado às pessoas com doenças crônicas se estruturam e prosperam. Os enfoques críticos incluem um enfoque coerente à melhoria do sistema, a liderança comprometida das autoridades e incentivos aos provedores e pacientes para melhorar a atenção e seguir as normas.

2 - Recursos Comunitários

Para melhorar a saúde da população, o sistema de saúde deve formar alianças e parcerias com programas estatais assistenciais, ONG's, escolas, igrejas, representações de bairros, empresas, voluntários e clubes. Através dessas parcerias pode-se melhorar a cobertura e ampliar os serviços de atenção à saúde.

3 a– Apoio para o Autocuidado

O autocuidado efetivo é muito diferente de falar ao paciente o que fazer. Nele, as pessoas com doenças crônicas e suas famílias tem o papel central no estabelecimento do seu cuidado, ao mesmo tempo visa “em ponderar” e promover a responsabilidade da pessoa por sua saúde. O êxito de programas de autocuidado depende da colaboração entre profissionais e pacientes para definir e resolver os problemas, estabelecer prioridades e determinar metas terapêuticas. A disponibilidade de recursos educativos validados e apoio psicossocial são componentes fundamentais.

3 b - Desenho da linha de cuidado

A linha de cuidado requer não apenas a determinar da atenção necessária, mas estabelecer fluxos, funções e tarefas para garantir que o paciente receba a atenção; assegurar que todos os profissionais que atendem o paciente tenham acesso as informações atualizadas e unificadas sobre o estado do mesmo; estruturar a rede de referência e contra referência, garantindo o seguimento como parte do procedimento padrão.

3c – Suporte para Decisões Clínicas

Decisões terapêuticas devem ser baseadas em protocolos explícitos e validadas por evidência científica (estudos clínicos). O sistema de saúde deve prover protocolos que promovam a atenção integrada e que possam ser aplicados no dia-a-dia pelos profissionais da atenção primária de uma forma fácil de utilizar.

3d – Sistema de Informação Clínica

Um sistema de registro — um sistema de informação que possa identificar tanto um paciente como uma população de pacientes — é necessário quando se previne ou maneja a atenção às doenças crônicas. Uma equipe de saúde que tem acesso a um sistema de registro pode localizar pacientes com necessidades específicas e proporcionar-lhes atenção planejada; ademais este sistema poderá retroalimentar os profissionais sobre seu desempenho e possuir sistemas de alerta.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Este questionário está desenhado para apoiar os sistemas (organizações, serviços) ao seu autoconhecimento e para desenvolver-se no manejo de doenças crônicas. Os resultados podem ser usados para identificar debilidades e áreas para melhoria. O questionário deve ser preenchido, preferentemente, por um grupo de profissionais de um mesmo local.

1- Responda cada questão desde a perspectiva de um local (sistema, organização, unidade de saúde, serviço, etc) que ofereça atenção às doenças crônicas.

Indique o nome e tipo de local em análise:

2- Responda cada questão explicitando como sua organização/ unidade está atuando referente a uma doença ou condição.

Especifique a doença ou condição: _____

3- Descreva brevemente o processo utilizado para preencher o questionário (p. ex, preenchido por consenso em reunião presencial; preenchido por um líder em consulta com outros membros da equipe; preenchido por cada membro da equipe em separado e feito uma média das respostas).

Descrição: _____

4- Cada linha desse questionário apresenta aspectos fundamentais da atenção às doenças crônicas. Cada aspecto é dividido em níveis e em valores que demonstram os vários estágios na melhoria da atenção às doenças crônicas. Os estágios são representados pelos níveis D, C, B ou A e os valores de 0 a 11.

O valor mais alto em cada quadro indica que a ação descrita foi completamente implementada e o menor que está iniciando a implementação.

Para cada linha, identifique o nível e então, dentro desse nível, circule o valor que melhor descreve o estágio de atenção que existe atualmente no local e na condição escolhida. Caso exista divergência no grupo, discutam até chegar a um consenso. Apenas um valor pode ser preenchido por linha.

5- Some o total dos valores de cada seção e calcule a pontuação média correspondente. Preencha os campos no final de cada seção com os valores obtidos. Então, na última folha preencha os campos com os valores obtidos de cada seção. Some todas as pontuações e complete a pontuação média para o programa como um todo.

Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas (ACIC, versão 3.5)

Parte 1: Organização do Sistema de Saúde: A estruturação de políticas/gestão de programas de doenças crônicas podem ser mais efetivos se todo sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientado para o cuidado das doenças crônicas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
A Liderança organizacional do Sistema para a atenção às doenças crônicas... Pontuação	...não existe ou há muito pouco interesse. 0 1 2	...existe e está refletida na visão da organização/ sistema e nos planos (políticas), mas não existem recursos específicos para executar as ações previstas. 3 4 5	...existe e está refletida pelos líderes do sistema e possui dotação de recursos específicos (financeiros e de pessoal). 6 7 8	...existe e é parte dos planos estratégicos de longo prazo, recebe recursos necessários e possui equipe técnica designada que é responsável pelas ações. 9 10 11
Metas Organizacionais para a atenção às doenças crônicas... Pontuação	...não existem ou são muito limitadas. 0 1 2	...existem, mas não são revistas regularmente. 3 4 5	...existem, são monitoradas e revistas. 6 7 8	...existem, são monitoradas e revistas rotineiramente e estão incorporadas nos planos de melhoria da qualidade institucional. 9 10 11
Estratégias para a melhoria da atenção às doenças crônicas... Pontuação	...são informais e não estão organizadas ou suportadas de forma consistente. 0 1 2	...utilizam soluções emergenciais para resolver problemas pontuais que se apresentem. 3 4 5	...são validadas para solucionar os problemas. 6 7 8	...são validadas para a melhoria e para garantir pro-ativamente as metas organizacionais. 9 10 11
Políticas e incentivos para a atenção às doenças crônicas... Pontuação	...não existem ou não são utilizados para incentivar a melhoria do desempenho clínico. 0 1 2	...são usadas para garantir a utilização de serviços e custos na atenção às doenças crônicas. 3 4 5	...são utilizadas para apoiar as metas de atenção aos usuários. 6 7 8	...são usadas para motivar e empoderar os profissionais para apoiar as metas de atenção aos usuários. 9 10 11
Autoridades institucionais... Pontuação	...não reconhecem o problema ou não priorizam a atenção às doenças crônicas. 0 1 2	...priorizam pouco a melhora da atenção às doenças crônicas. 3 4 5	...encorajam esforços para a melhoria da atenção às doenças crônicas. 6 7 8	...priorizam e participam das ações para a melhoria contínua da atenção às doenças crônicas. 9 10 11
Diretrizes (regulação, protocolos e linhas-guia) Pontuação	...não existem ou são muito limitadas. 0 1 2	...existem, mas não interferem positiva ou negativamente na integralidade da atenção às DC. 3 4 5	... promovem a integralidade da atenção às DC. 6 7 8	...estão especialmente designadas para promover a integralidade e uma a melhor atenção às doenças crônicas. 9 10 11

Pontuação Total para Organização do Sistema de Saúde _____ Pontuação Média (Pontuação total para OSS/ 6) _____

Parte 2: Cooperação comunitária: Cooperação entre o sistema de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo de doenças crônicas (DC).

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Vinculação dos usuários com recursos da comunidade	...não existe ou não é feita sistematicamente.	...é limitada a uma relação de recursos comunitários acessíveis.	... é realizada por pessoa designada para assegurar que os usuários e profissionais de saúde utilizem ao máximo os recursos comunitários.	...é realizada por meio de uma coordenação ativa entre o sistema de saúde, os recursos e serviços comunitários e os usuários.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Parcerias com as organizações comunitárias...	...não existem ou não são feitas sistematicamente	...estão sendo consideradas, mas não foram implementadas.	...estão estruturadas para dar suporte aos programas de atenção às doenças crônicas.	...estão formadas para desenvolver ativamente programas e políticas de apoio através de todo o sistema.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Planos Regionais e/ou Municipais de Saúde... (Resoluções do Conselho Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde, Leis Municipais ou similares)	...não abordam ou abordam de forma incipiente em seu contexto, recursos, medidas ou direitos dos usuários referentes à atenção das DC.	...abordam orientações sobre recursos, medidas ou direitos dos usuários quanto à atenção as DC, mas não foram implementadas.	...abordam, orientam e executam apenas parcialmente a atenção às DC.	... existem, orientam e acompanham positivamente a programação da organização de saúde relativa às DC.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Cooperação Comunitária _____

Pontuação Média (Pontuação total para cooperação comunitária/ 3) _____

Parte 3: Unidade de Saúde. Muitos componentes da atenção às doenças crônicas (DC) acontecem ao nível das Unidades/ Serviços de Saúde (consultórios, clínicas, hospitais, etc.) e demonstraram melhorar a qualidade da atenção prestada. Estes componentes foram divididos em: apoio para o autocuidado, desenho da linha de cuidado, que afetam diretamente, na prática, o suporte para decisões e os sistemas de informação clínicas.

Parte 3a: Apoio para o Autocuidado. O apoio ao autocuidado efetivo pode ajudar as pessoas com doenças crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de viver com a doença crônica (DC), cuidar-se adequadamente e reduzir as complicações e sintomas da doença.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Registro e avaliação das necessidades e atividades de autocuidado...	... não é feito ou é realizado de forma precária.	... é feito parcialmente.	... é feito de forma individualizada.	... é feito de forma individualizada e articulada com o plano de cuidado de cada usuário (p.ex. prontuário do paciente).
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Apoio ao autocuidado...	... não é feito ou é limitado, somente divulgação de informações (folders e livretos).	... está disponível por meio de atividades educacionais em grupos ou associações locais que prestam orientação ou possuem educadores treinados.	... é oferecido por profissionais capacitados vinculados as unidades de saúde para o atendimento dos usuários.	... é oferecido por profissionais em cada equipe que apoiam o "empoderamento" por meio de um plano de cuidado do usuário na solução de problemas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Suporte psicossocial aos pacientes e familiares...	... não é feito ou é realizado de forma precária.	... é disponibilizado para pacientes específicos e familiares através de referência (p.ex. CAPES).	... é estimulado e apoiado por grupos e programas de tutoria que estão disponíveis (p.ex. NASF).	... faz parte da atenção e inclui uma avaliação sistemática e atividades rotineiras em grupos e programas de tutoria (p.ex. NASF).
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Intervenções efetivas para mudança de comportamento e grupos de apoio...	... não são feitas ou são realizadas de forma precárias.	... limita-se a divulgação de panfletos, livretos e outras informações escritas.	... são feitas somente por meio de referência a centros especializados.	... são feitas e fazem parte da rotina da atenção ao usuário com DC.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação total para Auto-monitoramento _____

Pontuação Média (Pontuação total para Auto-monitoramento / 4) _____

Parte 3b: Suporte para Decisões Clínicas. O manejo efetivo de doenças crônicas assegura que os profissionais de saúde têm acesso a informações baseadas em evidências e validadas para apoiarem as decisões clínicas (diagnóstico, prognóstico e tratamento) na atenção aos usuários. Isto inclui diretrizes e protocolos clínicos especialmente elaborados e adaptados aos serviços de saúde, que capacitem às equipes multiprofissionais na clínica, no acolhimento ao paciente e na promoção da adesão ao tratamento e de hábitos saudáveis de vida.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Diretrizes baseadas em evidência...	...não existem ou não estão disponíveis.	...estão disponíveis, mas não são integradas ou adaptadas às necessidades do serviço/ unidade.	... estão disponíveis, se integram às atividades de educação permanente e são utilizadas pelos profissionais de saúde.	... estão disponíveis, integram às atividades de educação permanente e de outras estratégias e são utilizados pelos profissionais na atenção às DC.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Envolvimento de especialistas na melhoria da atenção primária...	...não existe ou está baseado na referência tradicional.	...é alcançado por meio do envolvimento de especialistas de outros níveis que contribuem com a atenção do usuário com DC.	... é alcançado por meio do envolvimento de especialistas de outros níveis que contribuem com a atenção e inclui o matriciamento.	... é alcançado por meio do envolvimento de especialistas na melhoria da atenção aos usuários na atenção primária e estabelece a referência e contra-referência.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Educação das Equipes em Atenção às Doenças Crônicas...	...não é feita ou é realizada de forma incipiente.	...é feita por meio de métodos tradicionais.	...é feita utilizando metodologias ativas de aprendizagem (problematização).	... é feita inclui a capacitação de toda a equipe com metodologias ativas de aprendizagem e envolvendo aspectos clínicos, educação para o autocuidado, comunicação interpessoal, etc.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informações aos Usuários sobre as condutas terapêuticas...	...não existem ou são realizadas de forma incipiente.	...existem, são utilizadas pela equipe ou por meio de publicações que são distribuídas quando solicitada pelo usuário.	... existem, são utilizadas espontaneamente pela equipe através de materiais educativos para o usuário explicando cada conduta.	... existem, são baseadas em evidência e validadas e são utilizadas pela equipe rotineiramente, adesão ao tratamento e hábitos de vida
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação total para Suporte para Decisões Clínicas _____ Pontuação Média (Pontuação total para Suporte para Decisões Clínicas / 4) _____

Parte 3c: Desenho da Linha de Cuidado. A literatura sugere que a gestão efetiva da atenção às doenças crônicas (DC) envolve mais do que acrescentar várias intervenções aos sistemas de saúde, acostumados a atenção aguda ou de urgência. Isto pode tornar necessária uma mudança da organização do sistema, realinhando a provisão (oferta) do cuidado.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Linha de Cuidado para a atenção...	... não existe ou existe de forma incipiente.	... existe, mas é fragmentada, sem a definição das competências e atribuições.	... existe é hierarquizada, sem a coordenação da atenção primária.	... existe, e é assegurada pela RAS, coordenada pela atenção primária, definindo as competências de todos os pontos e as atribuições das equipes da rede na atenção integral às DC.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderança das Equipes de Saúde...	... não existe ou não é reconhecida pelo sistema de saúde.	... não existe, é assumida pela organização e possui atribuições específicas no organograma institucional.	... existe, é assegurado pela designação de um líder, mas o papel para a atenção às doenças crônicas não está definido.	... existe, é garantida por designação institucional, reconhecido pela equipe, com atribuições e responsabilidades bem definidas na atenção às DC.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de Agendamento...	... não existe ou não está organizado.	... está organizado só para consultas periódicas de monitoramento ou urgências.	... é flexível, ajustado à necessidade do usuário, sem a coordenação da atenção primária.	... existe, é coordenado pela atenção primária, com a garantia da oferta de acordo com a necessidade, levando em consideração o risco, em todos os pontos da rede.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Monitoramento...	... não existe ou é realizado de forma incipiente.	... existe e é realizado informalmente pelos profissionais.	... é assegurado pelos profissionais, de acordo com a necessidade do usuário.	... existe e está adaptado às necessidades do usuário, variando na frequência e metodologia de acordo ao preconizado em protocolos.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Atenção programada para usuários com DC...	... não existe ou é fragmentada	... existe apenas para usuários com complicações.	... existe para usuários com complicações e como uma opção para usuários que solicitam este tipo de atenção.	... existe para todos os usuários com DC, para monitoramento e avaliação, intervenções preventivas, curativas e apoio ao autocuidado.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Referência ao especialista ou a serviços de apoio diagnóstico...	... não existe ou não é uma prioridade.	... existe, mas depende de uma comunicação entre o profissional da atenção primária e o especialista ou outros serviços.	... existe e é uma prioridade, mas não é implementada sistematicamente.	... existe e é prioritário e todas as intervenções incluem uma coordenação ativa entre a atenção primária e os especialistas ou outros serviços.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação total para Desenho da Linha de Cuidado _____ Pontuação Média (Pontuação total para Desenho da Linha de Cuidado / 6) _____

Parte 3d: Sistema de Informação Clínica. Informação útil e oportuna individualizada por paciente ou por populações de pacientes com condições crônicas. (é importante para tornar efetivos os programas, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais).^{7,8}

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Registro (lista de usuários com condições específicas)...	...não existe ou é realizado de forma precária.	...existe e inclui nome, diagnóstico, endereço e data da última consulta, em papel ou em um banco de dados informatizado.	...existe e permite a classificação por sub-populações por prioridades clínicas.	...existe e está estruturado de acordo com os protocolos, emitindo alertas e lembretes sobre atendimentos necessários ou pendentes.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Alertas aos profissionais...	...não existe ou é realizado de forma precária.	... existe e inclui a notificação geral sobre a DC, mas não descreve as indicações necessárias ao profissional no momento da consulta.	...existe e inclui indicações necessárias para uma população de usuários, através de relatórios de monitoramento e avaliação.	...existe e inclui informações específicas para os profissionais sobre sua adequação aos protocolos no momento de uma consulta com o usuário.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Retroalimentação ("feedback")	...não existe ou não é específica para a equipe.	...existe e é disponibilizada de forma irregular e impessoal.	...existe e ocorre em intervalo suficiente para monitorar o desempenho e é específico para cada equipe.	...existe, é rotineira, específica para cada equipe e entregue de forma personalizada, através da opinião de um líder reconhecido que estimula a melhoria do desempenho das equipes.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informação Relevante sobre Subgrupos de usuários que requerem serviços Especializados	...não existe ou é muito difícil de obter as informações.	...somente pode ser obtido com um esforço especial ou adicional dos programadores.	...pode ser obtido quando requerido, mas não está disponível rotineiramente.	...existe rotineiramente para os profissionais de forma a ajudá-los no planejamento da atenção.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Planos Terapêuticos dos Pacientes	...não existem ou são utilizados de forma individualizada seguindo os critérios de cada profissional.	...são conseguidos através de abordagens padronizadas.	...são estabelecidos de forma colaborativa e inclui auto-monitoramento assim como metas terapêuticas.	...são estabelecidos de forma colaborativa e inclui tanto o auto-monitoramento como metas terapêuticas. O monitoramento do plano é feito para guiar a atenção em cada local ou serviço de saúde.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica _____ Pontuação Média (Pontuação Total Sistema de Informação Clínica / 5) _____

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

Componentes	Estrutura mínima	Estrutura básica	Estrutura mediana	Estrutura máxima
Informações aos usuários sobre protocolos	...não existem ou não são específicas para a população local.	...acontece por solicitação ou por meio de publicações (panfletos e livretos) do serviço.	...acontece por meio de materiais específicos para educação do usuário para cada protocolo.	...existe e inclui materiais especialmente desenvolvidos para os usuários, que descrevem seus direitos e deveres e adesão ao protocolos.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Registros ou Sistemas de Informação	...não existe ou não inclui resultados avaliação do usuário ou das metas do autocuidado.	...existe e inclui resultados da avaliação do usuário (p.ex., valores de glicemia e estado funcional, disponibilidade para participar nas atividades), mas não das metas.	...existe e inclui resultados de avaliação do paciente, assim como metas de autocuidado que são feitas com base em observações da equipe multiprofissional e do usuário.	...existe e inclui resultados da avaliação do usuário, assim como metas de autocuidado que são feitas com base em observações da equipe multiprofissional e do usuário e criam lembretes para o usuário ou profissional sobre seguimento ou reavaliação periódica das metas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Recursos Comunitários...	...não existem ou não retroalimentam o sistema de saúde ou US a respeito do progresso dos usuários em seus programas.	...retroalimentam esporadicamente e informalmente sobre o progresso de usuários em programas em reuniões conjuntas entre profissionais de saúde e organização comunitária.	...retroalimentam regularmente e formalmente o sistema/ unidade de saúde sobre o progresso dos usuários.	...retroalimentam regularmente e formalmente o sistema/ unidade de saúde sobre o progresso dos usuários, com avaliações que são utilizadas para modificar e melhorar o programa.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Plano Organizacional para Atenção às Doenças Crônicas...	...não existe ou não contempla uma abordagem populacional.	...utiliza dados do sistema de informação clínica para planejar a atenção, sem considerar a classificação de risco e a integralidade da atenção.	... utiliza dados do sistema de informação clínica para planejar proativamente atenção para a população, incluindo o desenvolvimento de programas de autocuidado e em parceria com recursos comunitários.	... existe e utiliza dados do sistema de informação clínica e as contribuições das equipes multiprofissionais para planejar a atenção da população, considerando a classificação de risco e garantindo a integralidade das ações e promovendo uma avaliação contínua do plano para determinar os avanços durante toda sua implementação.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Componentes	Estrutura mínima	Estrutura básica	Estrutura mediana	Estrutura máxima
Rotina de Monitoramento para consultas, avaliação de saúde do usuário e planejamento de metas...	...não existe.	...é realizada esporadicamente, quando solicitada.	...é realizada através da designação da responsabilidade a um membro da equipe, que usa os registros ou outras fontes para coordenar as informações dos usuários para os demais membros da equipe.	...é realizada por designação de responsabilidade a um membro da equipe, que usa os registros ou outras fontes para coordenar as informações dos usuários para os demais membros da equipe para a análise e tomada de decisão.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Condutas para a Atenção às Doenças Crônicas	...não existem ou existem mas não são entregues de forma sistemática.	...são entregues aos usuários que expressam interesses na sua condição e no autocuidado.	...são apresentadas pela equipe de saúde aos usuários para estimular o autocuidado e a modificação de hábitos, levando em consideração as metas do usuários e a disposição para a mudança.	...são revisados pela equipe de saúde e discutidos com os usuários para estimular o autocuidado e a modificação de hábitos, levando em consideração as metas do usuários e a disposição para a mudança.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Integração: _____

Pontuação Média (Pontuação Total para Integração/6): _____

Resumo da Pontuação
(trazer as pontuações do final de cada sessão para esta página)

Pontuação Total para Organização do Sistema de Saúde	_____
Pontuação Total para Cooperação Comunitária	_____
Pontuação Total para Apoio ao Auto-Monitoramento	_____
Pontuação total para Suporte para Decisões Clínicas	_____
Pontuação total para Desenho da Linha de Cuidado	_____
Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica	_____
Pontuação Total para Integração	_____

Pontuação Global do Programa/ Sistema/ Unidade (Soma de todas as Pontuações) _____

Média da Pontuação do Programa (Pontuação Global do Programa/7) _____

O que isto significa?

O ACIC é organizado para que a pontuação mais alta (11) em qualquer item, seção ou avaliação final, indique um local com recursos e estrutura ótima para as doenças crônicas. Por outro lado, a menor pontuação possível (0), corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às doenças crônicas. The interpretation guidelines are as follows:

Entre "0" e "2" = Atenção limitada para as Doenças Crônicas

Entre "3" e "5" = Atenção às Doenças Crônicas básicas

Entre "6" e "8" = Atenção bem razoável às Doenças Crônicas

Entre "9" e "11" = Atenção às Doenças Crônicas altamente desenvolvidas

É freqüente que as equipes que iniciam um Projeto Colaborativo com media abaixo de "5" em algumas (ou todas) áreas do ACIC. Afinal, se todos estivessem provendo uma atenção excelente às Doenças Crônicas, não seria necessário estes projetos ou outros programas para a melhoria da qualidade. Também é comum que equipes que acreditavam prover uma atenção às Doenças Crônicas ótima não serem realmente assim. Com o desenrolar do Colaborativo, começa-se a familiarizar-se com o que um sistema de atenção efetivo envolve. Nesse caso a pontuação ACIC poderia "declinar" em vez de melhorar; mas isso é resultado do melhor entendimento do que um bom sistema de saúde deve abarcar. Com o tempo, sua compreensão sobre atenção integral aumenta e continuando a implementar mudanças efetivas, você observará a melhoria de sua pontuação do ACIC.

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (MAIO E JUNHO)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 05.325.381/0001-00
RUA: ARSÊNIO ROLIM ARARUNA, 01. COCODÉ/FONE (83) 3531 4734

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL
 PARA
 DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA**

Eu, **Pablo de Almeida Leitão**, Secretário Municipal de Saúde do município de Cajazeiras, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“O HIPERDIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB”**, que será realizada nas Unidades de Saúdes da Família e na coordenação da Atenção Básica, com abordagem quantitativa, do referido município, no período de Maio e Junho de 2012, tendo como pesquisadora **Prof^a MS. Aissa Romina Silva do Nascimento** e colaborador **Ricardo Shostenes de Abreu Rolim**, acadêmico de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado desenvolvido pelo aluno do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora.

Cajazeiras, 08 de abril de 2012.

Pablo de Almeida Leitão
 Secretário de Saúde
 Mat. 13709

Dr. Pablo de Almeida Leitão
 Secretário Municipal de Saúde de Cajazeiras-PB

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (AGOSTO E SETEMBRO)

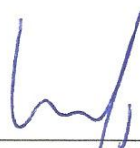


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 05.325.381/0001-00
RUA: ARSÊNIO ROLIM ARARUNA, 01. COCODÉ/FONE (83) 3531 4734

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL
PARA
DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA**

Eu, **Celso Nóbrega dos Santos**, Secretário Municipal de Saúde do município de Cajazeiras, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“O HIPERDIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB”**, que será realizada nas Unidades de Saúdes da Família e na coordenação da Atenção Básica, com abordagem quantitativa, do referido município, no período de Agosto e Setembro de 2012, tendo como pesquisadora **Profª MS. Aissa Romina Silva do Nascimento** e colaborador **Ricardo Shostenes de Abreu Rolim**, acadêmico de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado desenvolvido pelo aluno do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora.

Cajazeiras, 18 de agosto de 2012.



Dr. Celso Nóbrega dos Santos
Secretário Municipal de Saúde de Cajazeiras-PB