

Artigo Original

Qualidade da rede de cuidados em saúde: Avaliação pelo paciente com Diabetes Mellitus

Nayara RAGI BALDONI^{1,2}
Claudia DI LORENZO OLIVEIRA¹
Alex MARTINS NEVES³
Bruno MOREIRA DA SILVA⁴
Carolina de SOUSA PENHA⁵
Gilson SILVA SANTOS⁶
Marcella LUCINDO DUARTE⁷
Samuel BERTOLINO DOS SANTOS⁸
Clareci SILVA CARDOSO¹

Resumo

Introdução: O diabetes mellitus (DM) é uma condição crônica comum e que necessita de uma rede de atenção à saúde organizada e qualificada para oferecer prevenção e tratamento adequados. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da rede de atenção à saúde de acordo com a percepção do paciente com diagnóstico de DM. **Método:** Estudo seccional conduzido dentro de uma coorte de seguimento. Foram incluídos usuários da atenção primária em saúde de um município brasileiro. A avaliação da rede foi feita por meio da escala *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions* e foram coletadas informações clínicas e sociodemográficas. **Resultados:** Um total de 24 participantes foi entrevistado e o escore global da escala foi de 2,25 (1-5). Quando classificados por grupos em relação ao controle da doença, o escore global da escala para o grupo de participantes com DM controlado (2,11) foi menor quando comparado aos participantes não controlados (2,66). **Discussão:** Os resultados dessa investigação mostram uma baixa avaliação global para a rede de cuidados em saúde e, diante deles, ressalta-se a importância da discussão sobre o papel que a alfabetização em saúde exerce na avaliação dos serviços. **Conclusão:** A ausência de uma rede capaz de atender às condições crônicas de forma coordenada compromete a qualidade da assistência aos pacientes portadores de DM, como observado pelo baixo escore de avaliação atribuído. A avaliação mais positiva da rede entre pacientes com nível glicêmico não controlado pode refletir uma alfabetização em saúde ainda incipiente entre esses usuários.

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde; Diabetes Mellitus; Assistência ao paciente.

Quality of the health care network: Evaluation by the patient with Diabetes Mellitus

Abstract

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a common chronic condition that needs an organized and qualified health care network to provide appropriate prevention and treatment of this condition. These investigation mains to assess the quality of health care network according to the perception of patients diagnosed with DM. **Method:** It was conducted a cross-sectional study inside a cohort follow-up. Primary health care users were interviewed to evaluate quality of the health care network using the Patient Assessment of Care for Chronic Conditions scale. Clinical and socio demographic information was collected. **Results:** A total of 24 patients was interviewed, and the overall score of scale was 2.25 (1-5). When the patients were classified by groups based on the control of the DM, the overall score for those with controlled diabetes was lower (2.11) than the group of participants with not controlled diabetes (2.66). **Discussion:** It was found a low global evaluation of the health care network by the patients. This finding can be related with a low health literacy by the patients included in this evaluation. **Conclusion:** The lack of a health care network for chronic conditions acting in a coordinated care can compromised the quality of care provided to DM patients, as noted by the low overall scores of evaluations. A more positive assessment among patients not controlled in their glycemic level may reflect an incipient health literacy these patients.

Keywords: Quality of Health Care; Diabetes Mellitus; Patient Care.

1 Universidade Federal de São João del-Rei
2 Universidade de Itaúna
3 Prefeitura Municipal de Novo Cruzeiro
4 Programa Mais Médicos
5 Hospital da Polícia Militar. Belo Horizonte
6 Hospital das Clínicas Samuel Libânio. Pouso Alegre, Minas Gerais
7 Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz Fora
8 Prefeitura Municipal de Pará de Minas

Recebido em: 08/02/19

Aceito em: 04/12/19

Publicado online em: 31/12/19

Blind reviewers

DOI: 10.30968/rbfhss.2019.104.0359

ISSN online: 2316-7750

Autor Correspondente:
Nayara Ragi Baldoni
nrbaldoni@gmail.com

Introdução

Ao longo dos anos, os eventos em saúde foram classificados, de maneira restrita, em doenças crônicas ou agudas. No entanto, notou-se a necessidade dessas conceituações passarem por uma redefinição, buscando considerar não apenas as patologias em si, mas também situações fisiológicas que de alguma maneira exigem cuidado e atenção longitudinal, como por exemplo, a gestação. Diante disso, construiu-se uma nova categorização, utilizando-se os termos condições agudas e condições crônicas em saúde¹.

No contexto brasileiro, as condições crônicas, seguindo a tendência mundial, assumem a supremacia no perfil epidemiológico². Cerca de 40% dos brasileiros afirmam ser acometidos por, no mínimo, uma doença crônica³. E essa situação tende ao aumento, o que é confirmado pelas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que em 2020, 80% das doenças em países em desenvolvimento serão crônicas⁴. Apesar disso, ainda predomina no sistema de saúde brasileiro uma abordagem em saúde reativa e fragmentada, com intervenções voltadas para condições agudas ou episódios de agudização de condições crônicas⁵.

Com o objetivo de melhorar a gestão e a oferta dos serviços voltados para as condições crônicas foram propostas as Rede de Atenção à Saúde (RAS), que organizam o sistema de maneira não-hierárquica, colocando a Atenção Primária em Saúde (APS) como centro coordenador do cuidado, articulando e integrando as esferas primária, secundária e terciária⁶. Como uma forma de organizar o funcionamento RAS, o Modelo teórico de Atenção às Condições Crônicas (MACC) foi preconizado por Mendes (2010), para ser aplicado diretamente no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro¹.

Uma importante condição crônica que pode se beneficiar de uma RAS organizada e qualificada é o Diabetes Mellitus (DM). O DM é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas⁶. Segundo estimativas da Federação Internacional de Diabetes (IDF), havia em 2015 aproximadamente 415 milhões de pessoas no mundo com DM na faixa etária entre 20 e 79 anos⁷. Entre essas pessoas, em torno de 14,3 milhões eram brasileiros, tornando o Brasil o quarto país com o maior número de portadores de DM, com uma prevalência de 10,2% e mais de 130.000 mortes relacionadas ao diabetes em 2015⁷.

Para garantir a adequada implementação de uma RAS para usuários com DM, com serviços integrados e atendimento continuado, é fundamental a avaliação do cuidado recebido pelo próprio usuário, pois os indicadores levantados podem auxiliar na definição de prioridades pelas políticas de saúde⁸. Nesse contexto, foi criado o *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions* (PACIC), uma escala que permite avaliar o funcionamento da RAS de acordo com a experiência dos portadores de doenças crônicas⁸.

Avaliação baseada na percepção de usuários pode contribuir significativamente para a mensuração da qualidade da RAS, tendo-se em vista que esta rede se encontra em processo de estruturação no país. Portanto, o objetivo principal do nosso estudo foi avaliar a qualidade da rede de cuidados em saúde na perspectiva do paciente com diagnóstico de DM previamente hospitalizado por condições sensíveis à atenção primária (CSAP).

Método

Desenho e local do estudo

Foi conduzido um estudo seccional dentro de uma coorte de seguimento, no período de 2013 a 2015 em Divinópolis, Minas Gerais. Este município se localiza na região Centro-Oeste de Minas Gerais e pertence à macrorregião ampliada de saúde Oeste, composta por 55 municípios. Possui uma população estimada de 230.848 habitantes⁹.

Na ocasião do estudo, a rede de saúde de Divinópolis era composta por: 14 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) e 20 Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde Família (ESF), que ofereciam suporte à APS com uma cobertura da ESF de aproximadamente 28%¹⁰. Nesse contexto, compunha a APS profissionais médicos generalistas, médicos de família e comunidade, além de profissionais integrantes do programa mais médico. Participava também da rede de serviços no nível secundário uma Policlínica e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Já no nível terciário um hospital filantrópico¹⁰. Em auxílio a estes níveis de atenção, a região possui um Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), localizado em Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, atuando como um serviço especializado para atendimento ao paciente com Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Serviço este de nível secundário que pode ser utilizado pelos usuários do município de Divinópolis, quando APS não consegue resultados satisfatório no controle dos pacientes.

População do estudo e recrutamento dos participantes

A população do estudo foi composta por pacientes com diagnóstico de DM identificados no estudo de prevalência de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) desenvolvido por Cardoso *et al.* (2013)¹¹. Nesse trabalho foi identificado um total de 2.775 internações, sendo 860 em decorrência de CSAP (36,6%). Do total de ICSAP, 72% (615) eram pacientes provenientes do município de Divinópolis, entretanto, somente 370 (60,16%) foram incluídos nas entrevistas e análises do estudo. Os demais haviam sido transferidos para outro hospital ou não apresentavam condições clínicas favoráveis no momento da entrevista. Dos pacientes entrevistados, 98 possuíam o diagnóstico prévio de DM¹¹.

Após 12 meses da internação, esses 98 pacientes foram contatados para comporem uma coorte de seguimento para avaliação clínica e do percurso pela rede de serviços após internação por CSAP. O seguimento incluiu duas visitas de *follow-up* e, um dos componentes da onda 2 foi a avaliação da RAS de acordo com a percepção do paciente.

Entre os pacientes contatados, foram identificados 32 óbitos (32,6%), 15 pacientes recusaram participar do estudo (15,3%), 3 negaram o diagnóstico de DM (3,1%) e 11 não foram localizados (11,2%). Portanto, a coorte de seguimento foi composta por 37 pacientes, maiores de 18 anos, com diagnóstico de DM2. Houve, entre a primeira e segunda visita, perdas referentes a óbitos, recusas, mudanças de município e participantes que não foram localizados. Dessa maneira, 24 pacientes foram entrevistados na onda 2. Toda a sequência que compõe a população é apresentada na Figura 1.

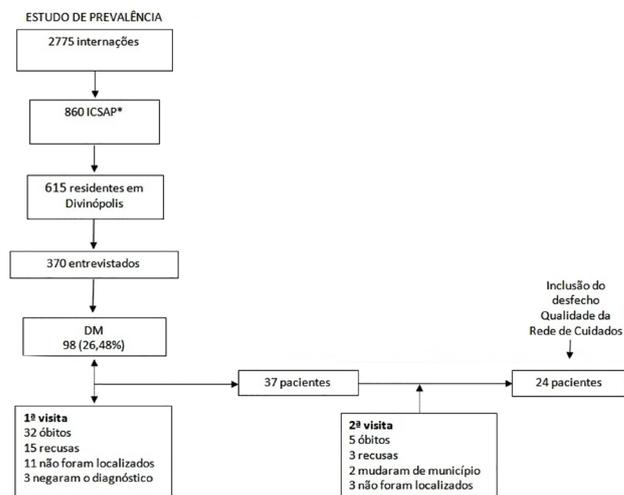
Coleta de dados e instrumentos

O recrutamento dos pacientes para a presente investigação foi feito por meio de contato telefônico e/ou visita domiciliar. As entrevistas e avaliação clínica foram conduzidas no Centro de Reabilitação Regional (CRER) em Divinópolis. Pacientes com autonomia comprometida foram entrevistados em domicílio. As entrevistas foram conduzidas por enfermeiras com experiência em pesquisas e previamente treinadas nos protocolos do estudo.

Na entrevista, foi aplicado um questionário com informações sobre estado clínico, comorbidades e complicações relacionadas à doença, percurso e utilização do sistema de saúde após internação por CSAP, e avaliação no CEAE. Além disso, mensuramos a qualidade da rede de assistência com a aplicação do PACIC. Esse instrumento foi validado e adaptado ao contexto brasileiro, por Moysés *et al.* (2012)¹³, e avalia o cuidado prestado ao paciente nos últimos seis meses. É composto por 20 questões, organizadas em escala tipo *likert* de cinco pontos: nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes, sempre.

A pontuação para cada item varia de 1 a 5, sendo que quanto maior a pontuação obtida, melhor a qualidade da assistência recebida⁸. As questões são agrupadas em cinco diferentes dimensões relacionadas ao modelo teórico de atenção às condições crônicas¹: 1) *Adesão ao tratamento* (questões 1 a 3), 2) *Sistemas de apoio à decisão* (questões 4 a 6), 3) *Definição de metas* (questões 7 a 11), 4) *Auxílio na resolução de problemas* (questões 12 a 15) e 5) *Acompanhamento e coordenação do cuidado* (questões 16 a 20). O escore de cada dimensão é calculado a partir de uma média simples das respostas. Diante dessa avaliação é possível identificar as lacunas presentes na rede de cuidado.

Figura 1. Sequência de estudo sobre ICSAP em Divinópolis e a inclusão do desfecho "Qualidade da Rede de Cuidados"



*Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Após a entrevista, todos os participantes foram encaminhados a um laboratório de análises clínicas para a coleta de amostras de sangue, com o objetivo de avaliar o controle metabólico do DM. O parâmetro utilizado para avaliar o controle metabólico foi a hemoglobina glicada (HbA1C).

Análise dos dados

A análise dos dados foi feita por estatística descritiva, com medidas de tendência central e de dispersão. Foi calculado o escore do PACIC para cada dimensão e para a escala global. Para comparação, realizou-se duas análises: em relação ao controle laboratorial, os pacientes foram divididos em dois grupos, pacientes com HbA1C dentro da meta terapêutica (HbA1C ≤ 7% para adultos e HbA1C ≤ 8,5% para idosos) e aqueles com HbA1C acima dessa meta; com relação ao comparecimento ao CEAE, os participantes foram divididos em dois grupos, aqueles que compareceram e aqueles que não compareceram ao CEAE após o encaminhamento¹². Comparação dos pacientes nos grupos foram realizadas utilizando o teste exato de Fisher

Buscando avaliar a complexidade do cuidado recebido por cada paciente, adotamos um modelo de hierarquia, em que as unidades de saúde foram classificadas da seguinte maneira, quanto ao grau de atendimento especializado: CEAE > Policlínica > APS > sem serviço de saúde determinado. Essa medida visou uma ordenação do serviço de saúde responsável pelo controle da condição clínica do usuário, compreendendo-se que os serviços mais especializados foram responsáveis diretos pelo mesmo, dada a gravidade de seu quadro e dificuldade de normalização glicêmica.

Os dados foram coletados em sistema de registro eletrônico contendo o programa *Questionnaire Design Software, QDS*® V 2.6.1 e a análise descritiva dos dados foi feita por meio do SPSS. 19.0. Essa investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de São João Del Rei, sob o parecer número 258.574/2013.

Resultados

A população em estudo foi composta por 24 pacientes. Do total, 58,3% eram mulheres, a maioria dos pacientes eram idosos (75%), de cor preta ou parda (65,2%), casados (52,2%), com ensino fundamental (81,8%) e renda familiar de até dois salários mínimos (75%), conforme Tabela 1.

Em relação à utilização dos serviços, observamos que os mais utilizados pelos pacientes para controle do DM foram às unidades de APS (87,50%) e a policlínica (29,17%), como pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes quantos as características sociodemográficas, Divinópolis, Minas Gerais, 2014. (N=24)

Variáveis	Total n (%)
Sexo	
Feminino	14 (58,3)
Masculino	10 (41,7)
Idade	
<50	1 (4,2)
50 a 59	5 (20,8)
>60	18 (75,0)
Cor de Pele*	
Parda/preta	15 (65,2)
Branca	8 (34,8)
Estado Civil*	
Casado(a)	12 (52,2)
Viúvo(a)	8 (34,8)
Solteiro(a)/divorciado(a)	3 (13)
Escolaridade**	
Fundamental	18 (81,8)
Nunca frequentou a escola	3 (13,6)
Médio	1 (4,6)
Renda Familiar	
Até dois salários	18 (75)
Acima de dois salários	6 (25)
Total	24* (100)

*N válido para Cor de Pele e Estado Civil: 23/ **N válido para Escolaridade: 22

Foi identificado ainda que, no período de 18 meses desde a primeira entrevista em 2013, a maioria dos entrevistados (54,17%) passou por, no mínimo, uma internação. Oito pacientes (33,33%) não consultaram a UBS/ESF nenhuma vez para o acompanhamento do DM, embora a maioria dos pacientes (70,83%) tenha realizado sua última consulta para avaliação do controle metabólico, nos últimos 6 meses antes da entrevista, considerando também outros serviços de saúde e não somente a UBS. Ainda nesse período, menos da metade dos participantes consultou um especialista, com exceção do cardiologista, que foi consultado por 13 (54,17%) pacientes. Em relação às complicações do DM apresentadas desde o diagnóstico da doença, a mais prevalente foi a doença renal crônica, diagnosticada em seis pacientes (25%), seguida pelo pé diabético (20,83%). Quase metade (45,9%) dos pacientes relata ter apresentado alguma complicação.

Tabela 2. Percurso do paciente na rede de serviço. Divinópolis, Minas Gerais, 2014. (N=24)

Variáveis	n válido	%
Serviços de saúde que mais utiliza*		
UBS/ESF	21	87,50
Policlínica	7	29,17
Assistência privada	4	16,67
UPA	3	12,50
CEAE	3	12,50
Internações**		
Sim	13	54,17
Não	11	45,83
Número de consultas na UBS/PSF**		
Nenhuma	8	33,33
Até 2	6	25,00
3 ou mais	10	40,66
Complicações do diabetes		
Sem complicações	13	54,17
Doença renal crônica	6	25,00
Pé diabético	5	20,83
Outras***	3	12,50
Consulta ao especialista**		
Cardiologista	13	54,16
Nutricionista	9	37,50
Oftalmologista	8	33,33
Nefrologista	7	29,17
Endocrinologista	5	20,83
Angiologista	4	16,67
Não consultou nenhuma especialidade	3	12,50
Comparecimento ao CEAE		
Sim	14	58,33
Não	7	29,16
Não se aplica	3	12,50
Já teve um plano de cuidado elaborado por profissionais de saúde		
Sim	9	41,66
Não	11	37,50
Não sabe	4	20,83
Total	24	100

* O n válido é maior que 24, pois mais de um serviço pode ter sido escolhido por um mesmo paciente.

** Nos 18 meses anteriores à entrevista.

*** Outras: amputação, Acidente Vascular Cerebral e retinopatia.

**** UBS, Unidade Básica de Saúde; PSF, Programa Saúde da Família; UPA, Unidade de Pronto Atendimento

No que se refere ao encaminhamento ao CEAE, todos os pacientes tiveram essa referência após a primeira entrevista, como parte do protocolo do estudo. Entretanto, 03 deles afirmam nunca terem sido encaminhados ao CEAE, e 01 relata já ter sido encaminhado antes de participar do estudo. Somente 14 (58,33%) efetivamente compareceram à consulta, e os motivos do não comparecimento foram, principalmente, problemas com transporte e condição clínica incapacitante.

Outro aspecto avaliado foi a elaboração de um plano de cuidados para orientação da abordagem do paciente dentro da rede de cuidados. O estudo demonstrou que somente 9 indivíduos (41,66%) reconhecem a existência desse documento e, desses, 8 obtiveram seu plano de cuidados em consultas ao CEAE, sendo que apenas três foram entregues ao serviço de Atenção Primária que acompanha o paciente.

Observa-se pelos dados mostrados na Tabela 3, que 18 pacientes (75,0%) utilizaram mais frequentemente os serviços especializados para controle do DM em detrimento a atenção primária, em que esta foi a referência para apenas 6 pacientes (25,0%). Em relação ao controle metabólico, não houve diferença estatisticamente significativa entre os serviços de saúde utilizados pelo paciente ($p=0,604$).

Tabela 3. Controle metabólico e serviço de saúde responsável pelo acompanhamento do paciente, Divinópolis, MG, 2014. (N=24)

Serviço	n (%)	Controlados* n	Não controlados n	p-valor
Serviços especializados**	18 (75,0%)	13	5	0,604
Atenção Primária	6 (25,0%)	3	3	
Total	24	16	8	

Comparação para variáveis categóricas utilizou o teste exato de Fisher

* Controlados: adultos HBA1c $\leq 7,0\%$ e idosos (≥ 60 anos) HBA1c $\leq 8,5\%$

**Serviços especializados (CEAE e Policlínica)

Os resultados da avaliação das RAS por meio do PACIC são apresentados na Tabela 4. Observa-se que o escore global foi 2,25 ($\pm 1,6$) em uma escala de 1 a 5. A dimensão com mais baixa avaliação foi a *coordenação da atenção/acompanhamento* com escore 1,78 ($\pm 1,4$). A dimensão mais bem avaliada pelos participantes foi o *modelo de atenção/tomada de decisão* com um escore de 3,00 ($\pm 1,62$).

A qualidade da rede de cuidados foi melhor avaliada por pacientes não controlados do que entre os participantes controlados (2,66 *versus* 2,11). Também é possível observar que houve uma concordância entre os grupos quanto à dimensão mais bem avaliada (*modelo de atenção/tomada de decisão*) e quanto à dimensão com menor escore obtido (*coordenação da atenção/acompanhamento*). Em relação à comparação de escores frente ao comparecimento às consultas ao CEAE, observa-se que todas as dimensões, inclusive o escore global, alcançaram valores ligeiramente mais elevados no grupo de indivíduos que nunca se consultaram no CEAE. No entanto, observa-se que as dimensões com melhor e pior avaliação foram também as mesmas para os dois grupos, respectivamente: *modelo de atenção/tomada de decisão e coordenação da atenção/acompanhamento* (Tabela 4).

Discussão

Os resultados dessa investigação mostram uma baixa avaliação global da Rede de Cuidados em Saúde, principalmente nas dimensões *Adesão ao tratamento e Coordenação do cuidado*. Os entrevistados que tinham seu nível glicêmico controlado avaliaram com escores mais baixos a rede de atenção à saúde e, de maneira semelhante, aqueles indivíduos encaminhados ao CEAE apresentaram escores ligeiramente mais baixos em todas as dimensões avaliadas, entretanto não houve diferença. Não houve diferença no controle glicêmico em relação ao serviço de saúde mais utilizado pelo paciente, se APS ou atenção especializada.

A Rede de cuidados em saúde teve um escore global de 2,25, uma média que identifica serviços que não prestam a adequada assistência às condições crônicas, mais especificamente neste trabalho, aos pacientes portadores de DM. De acordo com a literatura¹⁴, apenas escores acima de 3,5 representam uma atenção de boa qualidade ofertada as condições crônicas. Embora, nenhum dos estudos analisados tenha mostrado um resultado inferior a 2,35^{8,15-19}. Não houve qualquer trabalho que atingisse a pontuação de corte estabelecida para um bom serviço, sendo que a melhor avaliação encontrada foi de 3,22, em um estudo realizado nos Estados Unidos¹⁶. Cabe ressaltar que todos estes estudos são provenientes de países desenvolvidos como Suíça, Canadá, Austrália e Estados Unidos.

Quando se analisa os escores da rede de cuidados estratificando os pacientes quanto ao controle metabólico, observa-se que o escore global de avaliação permanece com uma média baixa, mantendo o serviço em um nível de qualidade ruim. Ao comparar os dois grupos, seria esperado que a avaliação por pacientes com bom controle metabólico apresentasse melhores resultados na avaliação da rede. Isso porque se acredita que os níveis de hemoglobina glicada estejam mais baixos quando há uma maior resolutividade do serviço, o que seria avaliado como uma assistência de melhor qualidade. No entanto, observamos uma classificação inversa e, as pessoas com piores índices laboratoriais foram aquelas que avaliaram mais positivamente a rede de atenção ao diabetes.

Diante dos resultados encontrados nessa investigação, ressaltamos a importância da discussão sobre o papel que a alfabetização em saúde exerce na avaliação dos serviços. Essa característica não contempla somente a capacidade dos usuários de saber ler ou escrever, mas envolve todo o contexto saúde/doença e a capacidade que o indivíduo tem de compreender e avaliar o serviço que lhe é prestado, além de estabelecer suas preferências diante da assistência recebida. A alfabetização em saúde eleva o usuário à categoria de sujeito ativo dentro da rede de cuidado. Por outro lado, aqueles que não compartilham dessa experiência, geralmente, se configuram como agentes passivos dentro da rede de atenção e podem ter dificuldade em reconhecer exacerbações da própria doença, assim como apresentam desafios no exercício do autocuidado, resultando em maiores falhas no tratamento da condição crônica. Destacamos ainda que a precariedade na alfabetização em saúde acomete predominantemente idosos e pessoas com baixa renda e baixa escolaridade, características dominantes também na amostra da presente investigação¹. Entende-se que uma alfabetização adequada em saúde representa importante ferramenta para incremento do autocuidado em condições crônicas de saúde²⁰.

Dessa forma, podemos levantar a hipótese de que, apesar do sistema de saúde ter evoluído de uma abordagem biomédica para uma proposta de promoção de saúde e atendimento multidisciplinar, os pacientes provavelmente não tenham

Tabela 4. Escore de avaliação da rede de cuidados de acordo com o controle metabólico e acompanhamento pelo centro especializado (n=24)

Dimensão do cuidado	Escore PACIC*			Consulta ao CEAE**	
	Todos pacientes N=24 % (n)	Pacientes Controlados N=16 % (n)	Pacientes Não controlados N=7 % (n)	Sim N=14 % (n)	Não N=10 % (n)
Adesão ao tratamento	1,9 (1,0)	1,7 (1,3)	2,5 (1,6)	2,0 (1,5)	2,3 (1,2)
Modelo de atenção/tomada de decisão	3,0 (1,6)	2,9 (1,6)	3,24 (1,7)	3,3 (1,5)	4,7 (1,5)
Definição de metas	2,5 (1,2)	2,3 (1,6)	2,75 (1,7)	2,9 (1,6)	4,1 (1,2)
Resolução problemas/Aconselhamento	2,3 (1,1)	2,0 (1,5)	2,79 (1,7)	2,6 (1,6)	3,6 (1,3)
Coordenação Atenção/acompanhamento	1,8 (1,4)	1,6 (1,1)	2,2 (1,7)	2,0 (1,5)	2,8 (1,0)
Escore Global	2,26 (1,5)	2,1 (1,5)	2,66 (1,7)	2,5 (1,6)	3,5 (1,3)

*Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC)

**CEAE: Centro Estadual de Atenção Especializada

Dados apresentados em forma de média e desvio padrão.

compreendido essa transição. Assim, suas demandas em relação aos serviços são focadas no atendimento médico e no recebimento de medicamentos²¹. No entanto, para um controle efetivo de uma doença crônica como o DM, a atenção ao usuário deve ser multidisciplinar e visar, sobretudo, a promoção da saúde e prevenção de agravos, ações essas, pertinentes a Atenção Primária¹.

Nesse estudo, a APS, dentro das suas atribuições, mostrou-se um serviço pouco efetivo no gerenciamento da condição clínica do paciente com Diabetes Mellitus, talvez pela característica de um modelo misto de cuidado, mesclando ESF com Modelo convencional. Assim a APS deveria atuar como porta de entrada aos demais serviços em saúde, e como tal, ser capaz de oferecer suporte ao paciente, evitando complicações e coordenando todo o cuidado como centro das RAS^{21,22}.

A dificuldade na estruturação da rede de serviços advém predominantemente da inabilidade da atenção primária em exercer seu papel como centro coordenador, de modo que os pacientes são encaminhados aos serviços especializados, em função da gravidade de seus quadros, porém não há interlocução entre os níveis de atenção e o usuário se perde nesse fluxo. Entretanto, a ausência de sistemas de informação interligados, a baixa cobertura e a fragilidade infra-estrutural das ESF ainda se configuram como grandes obstáculos à atuação da APS, dificultando assim o estabelecimento de uma assistência integrada na conformação de redes de atenção¹.

A falta de interação entre os serviços fica evidente, quando o plano de cuidado elaborado pela atenção especializada não chega até a APS. Isto corrobora com a inabilidade da APS em abordar adequadamente o DM com o apoio de uma efetiva rede de atenção. Destaca-se que uma abordagem efetiva contempla o atendimento multidisciplinar do paciente, a elaboração de plano de cuidados, e o pacto de modalidades de tratamento, bem como, a compreensão da condição clínica pelo paciente, a adesão e a autogestão do caso, o que ainda é um desafio a APS^{1,23,25}.

O fato de grande parte de pacientes com níveis glicêmicos alterados terem avaliado bem a rede de saúde, ao contrário daqueles que estavam compensados, levanta a discussão sobre outros fatores envolvidos com o controle da doença, independentemente da qualidade e tipo do serviço. O comportamento do paciente em relação à sua condição de saúde, a não adesão ao tratamento proposto, a falta de autocuidado e o estilo de vida desfavorável podem fazer com que os pacientes se apresentem descompensados, ainda que sejam acompanhados por um serviço de saúde de boa qualidade¹.

Essa investigação aponta elementos cruciais para a organização da rede de cuidado do paciente com DM, porém algumas limitações são identificadas. A primeira delas é o reduzido tamanho da amostra, advindo do grupo de participantes do seguimento do estudo de coorte, no qual se insere nossa investigação. Tal fato repercutiu nas análises, mas não invalida os resultados aqui encontrados, na medida em que representa um grupo definido de indivíduos, os cuidados à sua condição de saúde e a satisfação com os serviços que os prestam. Outra limitação pode dizer respeito à percepção dos indivíduos participantes da pesquisa. Possuir contato com um serviço de saúde, ser conhecido pelos profissionais que trabalham neste serviço ou mesmo receber a medicação pertencente ao tratamento da condição crônica de saúde, pode repercutir na avaliação individual quanto à oferta dos cuidados em saúde, sem demonstrar com fidedignidade a qualidade da rede de cuidados. Como apontam Paiva *et al.* (2006), o julgamento do atendimento ofertado fica condicionado ao grau de aceitação e pleno conhecimento de sua patologia, sendo influenciado também pelo acolhimento recebido, havendo ou não resolução de sua demanda em saúde²³.

Este estudo traz como benefício, o levantamento de indicadores de avaliação dos serviços de saúde para, a partir disto, dar suporte às ações voltadas para sua melhoria. Destaca-se também, a importância da inclusão dos indivíduos na elaboração das Redes de Atendimento em Saúde, incutindo neles a capacidade de reflexão sobre os cuidados que recebem e possibilitando-lhes maior empoderamento e a oportunidade de atuação frente ao aperfeiçoamento dos serviços de saúde.

Conclusão

Condições crônicas em saúde exigem que o modelo de cuidado seja estruturado em redes de atenção. No entanto, observamos por meio deste estudo que a ausência de organização do serviço nesses moldes reflete diretamente na qualidade da assistência prestada, fato esse evidenciado pelo baixo escore obtido pela rede de assistência.

Além da fraca organização do cuidado em redes efetivas, constatamos também que o baixo conhecimento por parte dos usuários acerca desse novo modelo de atenção às condições crônicas interfere na qualidade da assistência prestada. Os pacientes com pior controle do diabetes foram aqueles que melhor avaliaram a rede e, portanto, não foram capazes de identificar as falhas que possivelmente resultaram em maior dificuldade na normalização dos níveis glicêmicos, atuando assim como sujeitos passivos no contexto saúde-doença.

Logo, o conhecimento do nível de alfabetização em saúde com estratégias de empoderamento dos indivíduos com condição crônica se estabelece como aspecto fundamental para as RAS. Ao considerar esses aspectos na organização das RAS estaria favorecendo ao usuário uma postura crítica frente ao cuidado que lhe é oferecido, quanto ao aprofundamento de técnicas e manejo do autocuidado.

Fonte de financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Processo: APQ04390-10)

Colaboradores

Todos os autores participaram da concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Responsabilidade por todas as informações do trabalho, garantindo exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Agradecimentos

Todos os participantes que colaboraram com o estudo

Conflito de interesse

Os autores declaram inexistência de conflitos de interesses

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saúde Colet*, 2010,15(5): 2297-2305.
2. Schmidt MA, Duncan BB, Silva GA, *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, 2011, 377(9781): 1949–1961.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
4. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial – relatório mundial. Organização Mundial de Saúde. 2003,1-150.
5. Organização Mundial de Saúde. Integrated Health Services: What and Why. WHO. 2008,1:1-10.
6. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
7. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas: 7th ed. 2015. 1-144.
8. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, *et al.* Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*, 2005, 43(5):436–44.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico nacional 2010. Populações estimadas em 2013. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=312230&idtema=130>. Acesso em 20 de ago 2015.
10. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimento de Saúde do município: DIVINÓPOLIS. 2015. Disponível em: HYPERLINK "http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=312230&NomeEstado=MINAS%20GERAIS.%20" http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=312230&NomeEstado=MINAS%20GERAIS. Acesso em: 1 dez 2015.

11. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, *et al.* Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica*, 2013, 4 (4): 227-234.
12. Sociedade Brasileira de Diabetes. Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: Algoritmo da Sociedade Brasileira de Diabetes. Posicionamento oficial SBD nº2/2015. 2015.
13. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, Paraná. *Org Pan-Americ Saúde/ Cons Nac Secr Saúde*. 2012;1-198.
14. Jackson G, Weinberger M, Hamilton N, *et al.* Racial/ethnic and educational-level differences in diabetes care experiences in primary care. *Prim Care Diab*, 2008, 2(1):39-44.
15. Taggart J, Chan B, Jayasinghe U, *et al.* Patients Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. *J Eval Clin Pract*, 2011, 17(2):215-221.
16. Noel PH, Parchman ML, Palmer RF, *et al.* Alignment of patient and primary care practice member perspectives of chronic illness care: a cross-sectional analysis. *BMC Fam Pract*, 2014, 15(57).
17. Iglesias K, Burnand B, Peytremann-Bridevaux I. PACIC Instrument: disentangling dimensions using published validation models. *Intern J Quality Health Care*, 2014, 26(3):250–260.
18. Houle J, Beaulieu MD, Lussier MT, *et al.* Patients' experience of chronic illness care in a network of teaching settings. *Can Fam Phys*, 2012, 58(12): 1366-1373.
19. Fan J, McCoy RG, Ziegenfuss JY, *et al.* Evaluating the structure of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) survey from the patient's perspective. *Ann Behav Med*, 2015, 49(1):104-111.
20. Araujo F, Palhão R, Silva C, Ávila E, *et al.* Avaliação da adesão ao tratamento em condições crônicas de saúde por meio do cuidado farmacêutico. *Rev Bras Farm Hosp e Serv Saúde*, 2017, 3:37-41.
21. Rico A, Saltman R, Boerma WG. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Soc Policy Adm*, 2003, 37(6):592–608.
22. Cardoso CS, Pádua CAMD, Pereira ML, *et al.* Atenção básica de saúde e sua capacidade em prever internações por condições sensíveis à atenção primária (Projeto ICSAP). *Rev Saúde Pública SUS/MG*. 2013; 1 (1).
23. Paiva DCP, Bersusa APS, Escudez MM. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pub*, 2006, 22(2): 377-385.
24. Santos CMS, Barbieri AR, Gonçalves CCM, *et al.* Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2017, 33(5).
25. Pinto LF, Giovannella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Cien Saude Colet*, 2018, 23(6):1903-1913.