



ED. 029/14

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Schwab, Gerson Luis; Tetu Moysés, Simone; Ziemer Kusma, Solena; Ignácio, Sérgio
Aparecido; Moysés, Samuel Jorge
Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa
avaliativa em Curitiba
Saúde em Debate, vol. 38, octubre, 2014, pp. 307-318
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341750023>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba

Perception of innovations in Chronic Diseases/Conditions' care: an evaluative research in Curitiba

Gerson Luis Schwab¹, Simone Tetu Moysés², Solena Ziemer Kusma³, Sérgio Aparecido Ignácio⁴, Samuel Jorge Moysés⁵

¹Doutor em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) - Curitiba (PR), Brasil.
glschwab@hotmail.com

²Doutora em Epidemiologia e Saúde Pública pela University of London – Londres, Reino Unido. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil.
simone.moyses@pucpr.br

³Doutora em Odontologia (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil. Professora no curso de Medicina na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil.
solena.kusma@pucpr.br

⁴Doutor em Engenharia Florestal pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. Professor na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil.
s.ignacio@pucpr.br

⁵Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela University of London – Londres, Reino Unido. Professor na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil.
s.moyses@pucpr.br

RESUMO: Tradicionais modelos biomédicos de assistência à saúde, voltados para condições agudas e episódicas, não têm respondido adequadamente às Condições Crônicas que requerem cuidado diferenciado, longitudinal e proativo. Esta pesquisa avaliativa sobre atenção a Condições Crônicas buscou identificar, em abordagem quantitativa, a percepção de usuários e equipes de saúde sobre inovações, com a implantação de um novo modelo de atenção. Os resultados demonstram associação entre a implementação do modelo e as mudanças ocorridas, tais como o cuidado compartilhado e o autocuidado. A forma como é dispensado o cuidado mostra relação direta com o nível de satisfação das equipes de saúde e pessoas usuárias.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em saúde; Doença crônica; Atenção Primária à Saúde; Autocuidado; Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT: Traditional biomedical models of health care, geared predominantly for acute and episodic conditions, have not been responding adequately to Chronic Conditions, which require a different, longitudinal and proactive care. This evaluative research about care for Chronic Conditions sought to identify, in a quantitative approach, the perception of users and health teams about care innovations, with a new care model for Chronic Conditions. The results demonstrate a close association between the implementation of the model and outcome changes, such as shared care and self-care. The way care is dispensed is directly related to the level of satisfaction of health teams and local users of health services.

KEYWORDS: Health evaluation; Chronic disease; Primary Health Care; Self care; Health services evaluation.

Introdução

Desde a década de 1960, o setor saúde vem enfrentando uma carga crescente de necessidades e demandas com as Doenças e Condições Crônicas (D/CC), o que caracteriza uma ameaça não só para a saúde humana, mas também para o desenvolvimento das nações e sua sustentabilidade econômica. Essa situação é causada por mudanças demográficas, econômicas, sociais, epidemiológicas e nutricionais, em paralelo aos novos desafios impostos pelo envelhecimento populacional. Na América Latina e Caribe, as pessoas com mais de 60 anos representam 10% da atual população e, até 2050, esse número deve subir para 25% (PAHO, 2011; WHO, 2011).

É importante sublinhar que doenças crônicas se incluem na classificação de Condições Crônicas (CC), que são de longa duração e quase sempre sem perspectiva de cura. Essa classificação abarca doenças, incapacidades e condições, entre elas: cegueira, surdez, algumas doenças congênitas e outras transmissíveis de longo curso, como HIV/AIDS e tuberculose; condições ligadas à maternidade e ao período perinatal e outros ciclos da vida, como adolescência e velhice; transtornos mentais persistentes; deficiências físicas contínuas e estruturais; doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais. Todos esses agravos e condições requerem um cuidado diferenciado e contínuo, com ações proativas (MENDES, 2011).

O incremento na magnitude das Doenças e Condições Crônicas pode também ser atribuído, parcialmente, às características contemporâneas das sociedades de consumo em ambientes urbanos, fatores que agem primariamente como determinantes do processo saúde/doença. A globalização de produtos e de padrões de uso, muitos deles sabidamente deletérios à saúde, notadamente alimentos industrializados, bebidas e tabaco desencadeiam novas formas de exposição/risco. Embora as Doenças e Condições Crônicas não sejam transmissíveis, os fatores a elas

associados podem ser ‘transmitidos’ por comportamentos individuais e estilos de vida coletiva, socialmente adotados como padrões compartilhados. Na maioria das vezes, tais padrões compõem o substrato cultural de uma época e de um grupo social, com os veículos de propaganda operando pelo poder de persuasão. E esse ‘contágio’ sociocultural se espalha mundialmente em proporções epidêmicas (WHO, 2011).

As Condições Crônicas têm entre suas principais causas proximais quatro fatores de risco: fumo, dieta não saudável, sedentarismo e consumo abusivo de álcool. Intervenções em nível populacional apresentam maior efetividade para neutralizar ou reduzir tais riscos. Em países pobres, essas condições têm apresentado um ritmo de crescimento maior que nos países ricos. E a maioria dos países pobres continua a enfrentar altas taxas de doenças transmissíveis, em uma tripla carga de problemas, se for acrescentado o volume de causas externas (MENDES, 2011; BLOOM ET AL., 2011).

A crise contemporânea dos sistemas de saúde, em vários países, reflete o impasse trazido por uma situação epidemiológica progressivamente modificada por Doenças e Condições Crônicas, e sistemas de saúde funcionando de forma episódica, reativa e fragmentada, organizados principalmente para o enfrentamento de doenças/condições agudas e agudização das crônicas. É essencial uma mudança de lógica para responder simultaneamente a um duplo desafio: a) às condições agudas e eventos agudos das Condições Crônicas, em redes estruturadas de urgência/emergência; b) e especificamente às Condições Crônicas, com as redes de atenção à saúde (RAS), em um monitoramento contínuo e proativo (MENDES, 2011).

Esse duplo desafio do perfil epidemiológico não é diferente no município de Curitiba, inclusive em correspondência à evidente transição demográfica. Em 1980, o percentual de pessoas com mais de 60 anos era de 5,8%, passando a 10,8% em 2008. Houve um incremento dos óbitos por neoplasias e por

causas externas, o que evidencia mudanças importantes no perfil da população da cidade (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

A população curitibana está aumentando sua expectativa média de vida e experimentando estilos de vida característicos de metrópoles, especialmente frente a mudanças de consumo alimentar e atividade física. Combinados com a influência deletéria do tabagismo, do álcool, do estresse da mobilidade, e do escasso tempo para lazer, esses fatores têm repercutido no aumento e agravamento das Condições Crônicas. A urbanização acelerada, nos padrões iníquos em que tende a ocorrer, contribui para diversos tipos de violências, especialmente no trânsito e as interpessoais, mas também as violências de cunho social e psicológico. Essa situação caracteriza Curitiba como uma típica cidade com tripla carga de doenças, a ser enfrentada por um vasto conjunto de políticas e intervenções sociais (MENDES, 2011; MOYSÉS ET AL., 2012).

Coerente com essas mudanças, Curitiba decidiu inovar no enfrentamento às Condições Crônicas, com uma proposta de integrar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, e requalificação de linhas de cuidado e da assistência clínica. Esse processo foi iniciado com a instalação do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC), com inovações que reforçaram o enfoque na pessoa, enfatizando a centralidade e a coordenação do cuidado da atenção primária no trabalho em rede (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012; MOYSÉS ET AL., 2012).

O projeto curitibano foi apoiado na proposta de Mendes (2011), que introduz o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), desenvolvido a partir da integração dos princípios de três modelos: o Modelo de Atenção Crônica proposto pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation*; o Modelo da Pirâmide de Riscos proposto pela Kaiser Permanente; e o Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (WAGNER ET AL., 2001; PORTER; KELLOGG, 2008; DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas foi proposto como uma resposta a um sistema de saúde construído com base na atenção às condições agudas. A eleição desse modelo, dentre outros motivos, está na sua proposta de uso de recursos comunitários, a fim de melhorar a organização dos serviços de saúde, bem como por preconizar novas tecnologias de abordagem às condições de saúde. Tais tecnologias se harmonizam com a filosofia que sustenta tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Sanitária, propostas essas corroboradas pela Coordenação de Saúde Mental do município de Curitiba e suportada pelo Centro de Informação em Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde (MOYSÉS ET AL., 2012).

Entre as características desse novo modelo, podemos citar: a oferta da atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com a qualidade certa e com custo certo; a garantia de que os serviços sejam disponibilizados de forma integrada e orientados às necessidades da população pertencente às áreas de abrangência das Unidades de Saúde, ampliando a satisfação da população com o sistema de saúde; ampliação e diversificação dos pontos de atenção à saúde; melhoria da comunicação entre os vários pontos de atenção; promoção do autocuidado; integração intersetorial dos serviços de saúde com outras políticas públicas; valorização dos recursos humanos do SUS; e integração do município com a região metropolitana, buscando aproximação com o princípio da universalidade do SUS (MENDES, 2011).

Ao utilizar o novo modelo como marco lógico, a inovação foi caracterizada por ações de capacitação e atualização, tais como o autocuidado apoiado; a reelaboração do sistema de trabalho em saúde com suporte à decisão e sistemas de informação clínica; abordagens integradas de diferentes Condições Crônicas; equipes com funções bem definidas; gerenciamento de caso para usuários com quadros complexos; apropriação de recursos comunitários e consultoria com especialista, quando apropriado;

educação permanente e de suporte à tomada de decisão em saúde, com diretrizes clínicas baseadas em evidências; diretivas para o trabalho de adesão ao atendimento compartilhado e ao plano de autocuidado, com tecnologias de mudança comportamental sustentada; e organização de oficinas para apoio ao matriciamento da clínica médica, de enfermagem e odontológica (CAVALCANTI ET AL., 2012; MOYSÉS ET AL., 2012).

Esta pesquisa buscou avaliar a percepção dos profissionais da saúde sobre a capacidade institucional para a atenção às Condições Crônicas, e a percepção das pessoas usuárias sobre o processo de atenção, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Curitiba, Brasil. Essa avaliação foi estabelecida em dois momentos distintos: em linha de base, antes da implantação do novo modelo, e após um ano dessa implantação, buscando capturar eventuais mudanças que pudesse ser atribuídas à mudança do modelo.

Método

Esta foi uma pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, em um desenho de avaliação de processo, ou ‘a posteriori’, desenvolvida em 13 unidades de saúde de Curitiba, escolhidas por conveniência em função de sua similaridade estrutural e operacional. No processo de seleção/inclusão das unidades estudadas, foram consideradas características de convergência contextual, tais como: existência da Estratégia Saúde da Família, número de equipes da atenção primária, número de Agentes Comunitários de Saúde, população da área de abrangência, número de domicílios na área de abrangência, presença de Núcleo de Apoio à Atenção Primária em Saúde (NAAPS), população cadastrada, número de usuários da unidade de saúde e perfil da comunidade assistida. Posteriormente, essas unidades foram divididas aleatoriamente em uma Unidade Piloto, um grupo controle (seis unidades) e um grupo de intervenção (também seis unidades).

A coleta de dados de linha de base ocorreu até maio de 2012 (anterior à implantação do novo modelo, iniciada em junho de 2012) em 13 unidades de saúde, envolvendo 21 equipes e 513 pessoas usuárias. A segunda onda de coleta de dados, após um ano, foi desenvolvida entre julho e agosto de 2013 nas mesmas treze unidades, envolvendo 30 equipes de saúde e 390 pessoas usuárias.

Para avaliar possíveis efeitos na percepção dos profissionais sobre a capacidade institucional para a atenção às Condições Crônicas, e na percepção das pessoas usuárias sobre o processo de atenção e cuidado, foram aplicados, em linha de base, antes da implantação do novo modelo e depois de um ano dessa implantação, os instrumentos propostos pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation* (2010): a) *Assessment for Chronic Illness Care* (ACIC), ou Avaliação da capacidade institucional para a atenção às Condições Crônicas; e b) *Patient Assessment for Chronic Illness Care* (PACIC), ou Avaliação do usuário sobre o cuidado às Condições Crônicas. Esses foram previamente submetidos a um processo de validação transcultural, conforme padrões internacionais propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). As variações entre os valores obtidos nas duas aplicações foram utilizadas como indicadores de mudanças nas dimensões avaliadas.

Para a avaliação institucional, são contempladas sete dimensões: Organização da atenção à saúde, Articulação com a comunidade, Autocuidado apoiado, Suporte à decisão, Desenho do sistema de prestação de serviços, Sistema de informação clínica, e Integração dos componentes do modelo de atenção. Essas dimensões estão agrupadas, compondo um total de 36 questões, as quais permitem trabalhar em uma escala com valores de 0 a 11. As equipes de saúde responderam às questões depois de obtido o consenso grupal, sem a presença de chefias.

Quanto à avaliação do usuário sobre o cuidado às Condições Crônicas, as dimensões são: Adesão ao tratamento, Modelo de

atenção/tomada de decisão, Definição de metas, Resolução de problemas/contextualização do acompanhamento, e Coordenação da atenção ao acompanhamento. Essas dimensões estão organizadas, coerentemente, em um total de 20 afirmativas, para as quais há uma escala Likert com valores de 1 a 5 (correspondentes a ‘nunca’, ‘poucas vezes’, ‘algumas vezes’, ‘muitas vezes’, e ‘sempre’). Estava previsto que as pessoas usuárias respondessem de próprio punho, porém, o nível de escolaridade dos respondentes, inclusive

alguns não alfabetizados, demandou ajuda dos pesquisadores, ficando estabelecido que apenas as pessoas que se sentissem capazes responderiam de próprio punho. O quadro 1 mostra algumas variáveis, seus respectivos componentes e as alternativas possíveis em ambos os instrumentos de avaliação.

Como variáveis dependentes, foram utilizadas as dimensões de ambos os instrumentos, as quais foram analisadas em relação a três variáveis independentes, identificadas como: ‘grupo’ (controle e intervenção);

Quadro 1. Dimensões, componentes e valores para avaliação da atenção às Condições Crônicas pelas equipes de saúde e usuários, segundo os instrumentos utilizados em Curitiba, em 2012 e 2013

Avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas - ACIC		Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Dimensão	Componente	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Organização da Atenção à Saúde	Benefícios e incentivos (econômicos e morais)...	...desencorajam o autocuidado pelos usuários ou as mudanças sistêmicas.	...nem encorajam nem desencorajam o autocuidado pelos usuários e as mudanças sistêmicas.	...encorajam o autocuidado pelos usuários ou as mudanças sistêmicas.	...são especificamente desenhados para promover uma melhor atenção às condições crônicas.
Articulação com a comunidade	Parcerias com organizações comunitárias...	...não existem.	...estão sendo consideradas, mas não foram implementadas.	...estão estruturadas para apoiar programas de atenção às condições crônicas.	...são ativas e formalmente estabelecidas para dar suporte aos programas de atenção às condições crônicas.
Desenho do sistema de prestação de serviços	Monitoramento da condição crônica...	...não está organizado.	...é oferecido quando a pessoa usuária solicita.	...é organizado pelos profissionais com base nas diretrizes clínicas.	...é organizado pela equipe de saúde e está adaptado às necessidades das pessoas usuárias, variando em intensidade e metodologia (telefone, contato pessoal, em grupo, e-mail), com base nas diretrizes clínicas.

Avaliação do usuário sobre o cuidado às condições crônicas - PACIC

Dimensão	Questão	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Adesão ao tratamento	3. Perguntaram se tive problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos?	1	2	3	4	5
Definição de metas	11. Perguntaram sobre meus hábitos de saúde?	1	2	3	4	5

Fonte: Adaptado de MacColl Institute for Health Care Innovation (2010)

‘tempo’ (linha de base e após um ano); e a variável de interação ‘grupo x tempo’. As mudanças entre a linha de base e após um ano foram analisadas pelas médias das pontuações obtidas das equipes e pessoas usuárias, com tratamento estatístico utilizando o programa SPSS 20. Para avaliar a distribuição da amostra, foi aplicado o Teste de Kolmogorov-Smirnov e, para buscar correlações entre as variáveis, foi utilizado o Teste de Pearson. Por último, foi aplicado o Teste de Games-Howell (múltiplas comparações), para buscar diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis dependentes e independentes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (parecer 5498/11) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (parecer 104/2011). Em todas as ocasiões em que a coleta de dados envolvia pessoas, houve prévia assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

A amostra apresentou uma distribuição normal, com as estatísticas descritivas das variáveis revelando dispersão próxima da média.

A avaliação da capacidade institucional foi marcada pela heterogeneidade. Nesse período, houve mudança da gestão municipal, com consequente mudança de diversos profissionais na composição de equipes e nas chefias, o que poderia repercutir na avaliação da capacidade institucional. Os resultados da avaliação institucional, de acordo com as dimensões analisadas, são apresentados na *tabela 1*.

Percebem-se diferenças na avaliação da capacidade institucional para o cuidado às Condições Crônicas nas dimensões avaliadas junto a cada equipe de saúde, com a média variando entre 5,70 e 7,67 nas unidades de intervenção após um ano. Situação análoga foi observada por Bonomi *et al.* (2002) que encontraram médias inferiores (entre 4,36 e 6,42), porém, com amplitudes semelhantes, afirmando que essas diferenças não comprometem a eficácia avaliativa do ACIC.

Tabela 1. Avaliação institucional por dimensões obtidas junto às equipes de Atenção Básica em Curitiba, nos grupos controle e intervenção, nos anos de 2012 e 2013

ACIC	Grupo controle				Grupo intervenção				ANOVA		
	Dimensões	MD	DV	MD1	DV1	MD	DV	MD1	DV1	p1	p2
1) Organização de atenção à saúde	7,69	2,00	7,70	0,83	7,77	1,31	6,81	1,82	0,34	0,25	0,24
2) Articulação com a comunidade	7,66	2,06	6,64	1,28	6,34	2,24	6,69	1,55	0,21	0,51	0,18
3) Autocuidado apoiado	7,66	1,93	6,71	1,78	7,53	2,56	5,70	2,44	0,63	0,32	0,48
4) Suporte à decisão	7,53	2,68	5,72	1,59	6,57	2,56	5,70	2,44	0,45	0,06	0,47
5) Desenho do sistema de prestação de serviços	8,89	1,48	8,21	1,04	8,20	2,12	7,67	1,37	0,11	0,49	0,74
6) Sistema de informação clínica	8,12	2,54	7,42	1,78	6,80	3,35	6,56	3,35	0,11	0,49	0,74
7) Integração dos componentes do modelo de atenção	7,23	2,50	6,30	1,54	6,09	3,22	6,42	1,73	0,44	0,65	0,34

Fonte: Elaboração própria

Legenda: MD=média na linha de base; MD1=média após um ano; DV=desvio padrão na linha de base; DV1=desvio padrão após um ano;
p1=entre grupos; p2=entre tempos; p3=entre grupos e tempos

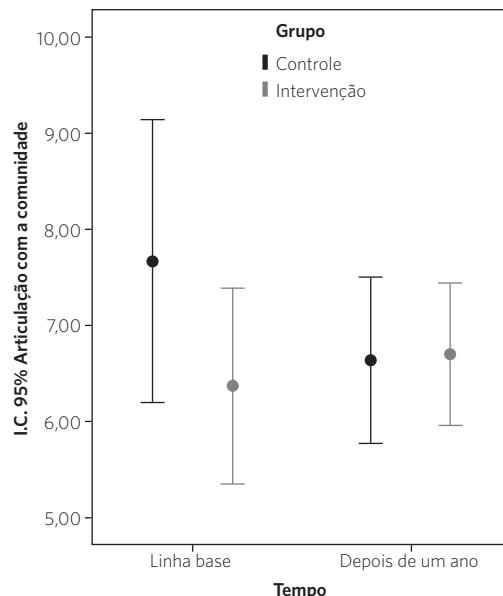
Nota: 21 equipes respondentes em 2012, 30 equipes respondentes em 2013, e pontuação máxima possível =11

Nenhuma das variáveis dependentes, na avaliação da capacidade institucional, demonstrou significância estatística com as independentes. Algumas dimensões apresentaram reduções nas médias após um ano, o que pode ser explicado pela hipótese de algumas equipes pensarem oferecer uma atenção ótima às Condições Crônicas, porém, com a mudança do modelo e as avaliações consecutivas, perceberem que não é bem assim, o que aumenta a autocritica. Com o decorrer do tempo, espera-se que sua compreensão sobre atenção integral aumente e, com a continuidade do processo, mudanças efetivas poderão ser observadas, com melhoria da pontuação. Isso inclusive está explicitado pelo *MacColl Institute* e serve como estímulo para equipes que não tenham alcançando valores condizentes com seu desempenho esperado e o realmente observado. Constatações semelhantes foram registradas por outros pesquisadores em diversas regiões (STEURER-STHEY ET AL., 2012; CRAMM; NIEBOER, 2012; COPE; HIGGINS, 2012).

Após um ano, as variáveis dependentes que apresentaram discreto aumento foram Articulação com a comunidade e Integração dos componentes do modelo de atenção. As equipes de saúde evidenciam tendências de melhorias quanto à Articulação com a comunidade em potencializar seu envolvimento no cuidado às Condições Crônicas. No seguimento de um ano, a pontuação dessa variável aumentou de 6.34 para 6.69 nas unidades de intervenção. Resultado semelhante ocorreu com Integração dos componentes do modelo de atenção, que passou de 6.09 para 6.42. Nas unidades controle, todas as dimensões de avaliação institucional tiveram redução após um ano, exceto Organização de atenção à saúde, que se manteve praticamente estável.

A figura 1 ilustra o incremento da variável Articulação com a comunidade no grupo intervenção, e sua redução no grupo controle, o que demonstra um provável resultado da capacidade inovativa do novo modelo.

Figura 1. Pontuação média e respectivos intervalos de confiança, obtidos pelas equipes de atenção básica de Curitiba, na dimensão Articulação com a comunidade, nos grupos controle e intervenção, nos anos de 2012 e 2013



Fonte: Elaboração própria

Nota: 21 equipes respondentes em 2012, 30 equipes em 2013, e pontuação máxima possível =11

Esse resultado também pode evidenciar melhor apreensão das equipes sobre metas organizacionais, clareza das diretrizes de atenção programada e reconhecimento da liderança institucional, que são questões que compõem essa dimensão. Kaissi e Parchman (2006), utilizando o ACIC para portadores de diabetes do tipo 2, destacaram que as dimensões Suporte à decisão e Desenho do sistema foram mais frequentemente correlacionados com qualidade do cuidado em seu estudo.

A avaliação dos usuários ocorreu nas próprias unidades de saúde, com maior prevalência de idades entre 45 e 70 anos, sendo 65,5% mulheres e 34,5% homens. De acordo com os registros analisados, 34,5% da população não tinha renda, e 56,2% do total recebia até cinco salários mínimos. Apesar da grande falta de registro sobre a ocupação da população cadastrada nas unidades de saúde, foi identificada uma significativa parcela

de pedreiros, seguranças, condutores de veículos, auxiliares de escritório/contabilidade, comerciantes e vendedores entre os homens. Entre as mulheres, a maioria se dizia do lar. Em torno de 58% da população havia cursado o ensino fundamental, além de 6,6% de pessoas que não sabiam ler ou escrever. Entre as Condições Crônicas que apresentavam, aproximadamente 20% eram portadores de *diabetes mellitus* tipo 2, 59% tinham hipertensão arterial sistêmica, e 21% estavam em tratamento contra depressão. Com pequenas variações, esse perfil repetiu-se na segunda coleta, um ano depois da implantação do novo modelo.

Observou-se relativa heterogeneidade quanto à percepção das pessoas usuárias. Ficou demonstrada uma diferença estatisticamente significativa em todas as dimensões para o grupo intervenção no período após um ano, com evidente aumento das pontuações mínimas, médias e máximas, o que caracteriza um impacto positivo do novo modelo de atenção (*tabela 2*).

As pontuações mais baixas foram observadas no grupo controle, incluindo na linha de base a Adesão ao tratamento e, após um

ano, a Definição de metas, aspectos relacionados à participação na definição do tratamento e reconhecimento de estratégias que apoiem mudanças de comportamento. Diversamente, Glasgow *et al.* (2005), em pesquisa apenas com portadores de *diabetes* do tipo 2, encontraram as menores pontuações em Modelo de atenção e Coordenação da atenção ao acompanhamento.

Depois de um ano da implantação do modelo, pontuações baixas ainda foram observadas no grupo controle, porém, com valores maiores para Adesão ao tratamento (de 2,23 para 2,41) quanto para Resolução de problemas/contextualização do acompanhamento (de 2,25 para 2,54). Interessante notar que esses resultados, pelo fato de se referirem ao grupo controle, podem sinalizar uma possível ‘propagação’ do novo modelo, pois algumas unidades controle estão geograficamente próximas de outras de intervenção, e seus profissionais em constante diálogo.

Todas as unidades de saúde de intervenção apresentaram aumentos nas médias, sendo que Modelo de atenção foi a dimensão com menor incremento, passando de 3,49 para 3,73, o que ainda é uma média considerada

Tabela 2. Pontuações médias e respectivos desvios padrões, com correspondentes estatísticas ANOVA, obtidos pelos usuários de Atenção Básica de Curitiba, nos grupos controle e intervenção, nos anos de 2012 e 2013

PACIC	Grupo controle				Grupo intervenção				ANOVA		
	MD	DV	MD1	DV1	MD	DV	MD1	DV1	p1	p2	p3
1) Adesão ao tratamento	2,23	1,22	2,41	0,73	2,60	1,22	3,26	0,79	0,00	0,00	0,00
2) Modelo de atenção/Tomada de decisão	3,38	1,19	2,86	0,66	3,49	1,04	3,73	0,70	0,00	0,02	0,00
3) Definição de metas	2,87	1,17	2,69	0,62	3,22	1,00	3,58	0,63	0,00	0,00	0,00
4) Resolução de problemas/Contextualização do Acompanhamento	2,25	1,26	2,54	0,60	2,86	1,23	3,45	0,67	0,00	0,00	0,02
5) Coordenação da atenção ao acompanhamento	2,80	1,21	2,71	0,81	2,92	1,10	3,62	0,81	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaboração própria

Legenda: MD=média na linha de base; MD1=média após um ano; DV=desvio padrão na linha de base; DV1=desvio padrão após um ano; p1=entre grupos; p2=entre tempos; p3=entre grupos e tempos

Nota: 513 respondentes em 2012, 390 em 2013, e pontuação máxima possível =5.

boa. Isso pode sugerir que o sistema de cuidado do modelo anterior já apontava para a integração e resolutividade, com as pessoas atribuindo pouca percepção de mudança de modelo em questões que compõem essa dimensão (por exemplo, orientação por parte da equipe, satisfação com a organização do atendimento, informações sobre o que influencia a saúde), o que já fora salientado na literatura (CRAMM; NIEBOER, 2012; RICK ET AL., 2012).

Para efeito de ilustração dos resultados, se levarmos em consideração apenas o grupo intervenção, Adesão ao tratamento foi uma das dimensões que teve aumento estatisticamente significativo, o que se pode evidenciar pela distância entre as médias e intervalos de confiança (linha base e após um ano), passando de 2,60 para 3,26 (figura 2).

Adesão ao tratamento também mostrou diferença estatisticamente significativa com todas as variáveis independentes, com

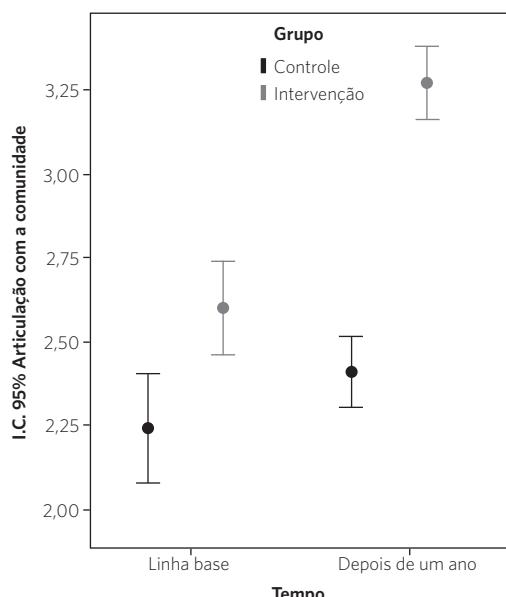
$p=0,00$. Finalmente, Coordenação da atenção ao acompanhamento apresentou significativa diferença estatística para todas as variáveis independentes ($p=0,00$), comprovando a diferença observada entre grupo controle e grupo intervenção, e de forma significativa no grupo intervenção após um ano.

As diferenças estatisticamente significantes nas variáveis dependentes do grupo intervenção, sob a perspectiva temporal de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, sugere que ele é mais bem avaliado pelas pessoas usuárias do que pelas equipes de saúde. Ainda assim, os resultados de linha de base sinalizam a necessidade de ampliação do envolvimento e participação dos usuários, bem como maior suporte das equipes de saúde, conforme salientado na literatura (SCHMITTDEL ET AL., 2008).

Conforme destaca Salazar (2004), a complexidade de intervenções de inovação em saúde exige que a abordagem metodológica permita avaliar não somente se a intervenção alcançou seus objetivos finalísticos (melhores desfechos em saúde), mas também compreender o fundamento das ações e os mecanismos vinculados ao processo político e social, que fazem com que a intervenção funcione ou não. Assim, um aspecto importante a ser considerado seria o tempo necessário para a observação de mudanças efetivas nessas dimensões avaliativas. Doenças e Condições Crônicas estão vinculadas a determinantes sociais, ambientais, comportamentais e biológicos, os quais somente podem ser alterados substancialmente em períodos mais longos de intervenção/observação. Indicadores de resultados intermediários, como mudanças no comportamento ou maior adesão aos programas específicos, poderiam ser objetivos mais adequados para o curto prazo (LIU ET AL., 2013).

No caso de Curitiba, ao analisar as respostas de ambos os grupos, foi possível capturar sinais de efetividade de um complexo processo que aponta para mudanças sensíveis na atenção às Condições Crônicas. As lições aprendidas

Figura 2. Pontuação média e respectivos intervalos de confiança, obtidos pelos usuários da Atenção Básica de Curitiba, na dimensão Adesão ao tratamento, nos grupos controle e intervenção, nos anos de 2012 e 2013



Fonte: Elaboração própria

Nota: 513 respondentes em 2012, 390 em 2013, e pontuação máxima possível = 5

demonstraram a importância da valorização da participação e fortalecimento dos grupos diretamente envolvidos no processo de intervenção, por meio de ação reflexiva, incluindo a gestão, as equipes locais e as pessoas usuárias.

Algumas das dificuldades e limitações para a implantação do novo modelo de atenção foram relacionadas à estrutura física das unidades de saúde. Aquelas recém-constituídas ou que foram modernizadas com a construção do Espaço Saúde (espaço próprio para a condução de trabalhos em grupo) tinham melhores condições para implantar as mudanças na atenção compartilhada, enquanto aquelas que dependiam de estrutura física fora da unidade, muitas vezes utilizando até espaços externos e pátios, demonstravam maiores dificuldades para mobilização de profissionais e usuários.

Outro diferencial percebido foi a presença e suporte dos núcleos de apoio. Unidades que já contavam com o apoio desses núcleos puderam avançar mais rapidamente nas novas abordagens de atenção. A incorporação do plano de autocuidado podia ser considerada como incipiente no momento das discussões com as equipes. Apesar de alguns profissionais já estarem trabalhando com o monitoramento de planos de autocuidado, na maioria das unidades eles ainda não tinham tido oportunidade de vivenciar essa experiência. A escolha da abordagem pedagógica para implantação do autocuidado, que propunha o exercício inicial entre os próprios membros das equipes, foi considerada como um aspecto positivo que facilitou o processo. Entre outras estratégias que facilitaram as ações, podem ser citadas a disponibilização de ferramentas e estratégias concretas que puderam ser aplicadas na prática cotidiana

para apoiar as equipes, complementando o suporte dos núcleos de apoio.

A análise de contexto e estrutura possibilitou conhecer o espaço sociocultural em que as ações foram desenvolvidas, tanto em relação ao perfil das equipes, populações e territórios, quanto à percepção de profissionais e usuários sobre a capacidade institucional e o processo de cuidado às Condições Crônicas. Profissionais da saúde e pessoas usuárias surpreendiam-se ao descobrir aptidões e habilidades que até então desconheciam, entre seus pares e em si próprios. Essa conscientização de situações foi um dos principais facilitadores em todo o processo, possibilitando às equipes de saúde e usuários identificarem importantes mudanças no processo de trabalho.

Conclusões

A partir das dimensões analisadas, foi possível identificar associações entre as mudanças ocorridas pela implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas e a melhora no cuidado a essas condições, particularmente na percepção de usuários em unidades de intervenção, *vis-à-vis* com as de controle. A utilização dos instrumentos ACIC e PACIC demonstrou que estes podem caracterizar-se como ferramentas importantes; ou seja, possibilitar a reflexão sobre o processo de trabalho na atenção às Condições Crônicas, além de favorecer o monitoramento de inovações e a percepção das equipes e de cidadãos usuários. Uma análise mais aprofundada de nexos causais, quiçá associando o novo modelo a desfechos terminais em saúde, talvez só se concretize depois de transcorrido um tempo maior, em um desenho metodológico longitudinal. ■

Referências

- BLOOM, D. E. et al. *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum, 2011. Disponível em: <www.weforum.org/EconomicsOfNCD>. Acesso em: 15 dez. 2012.
- BONOMI, A. E. et al. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Services Research*, Chicago, v. 37, n. 3, p. 791-820, 2002.
- CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (Org.). *Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde*. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.
- COPE, K.; HIGGINS, R. *On-line learning providing self-management support skills to chronic care clinicians across the rural and metropolitan workforce*. Australian Resource Centre for Healthcare Innovations, 2012. Disponível em: <<http://www.archi.net.au/resources/workforce/learning/online-cdsm>> acesso: 12 ago. 2013>. Acesso em: 12 maio 2012.
- CRAMM, J. M.; NIEBOER, A. P. Factorial validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes*, Londres, v. 10, n. 1, p. 104, 2012.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institutet för Framtidsstudier, v. 14, 2007. Disponível em: <[http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109\\$110739\\$fil\\$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109$110739$fil$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2011.
- GLASGOW, R. E. et al. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with Diabetic Patients. *Diabetes Care*, New York, v. 28, n. 11, p. 2655-2661, 2005.
- KAISSI, A. A.; PARCHMAN, M. Assessing chronic illness care for diabetes in primary care clinics. *Journal on Quality and Patient Safety*, v. 32, n. 6, 2006, p. 318-323.
- LIU, L. J. et al. Patient Assessment of Chronic Illness Care, Glycemic Control and the Utilization of Community Health Care among the Patients with Type 2 Diabetes in Shanghai, China. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 8, n. 9, p. e73010, 2013.
- MACCOLL INSTITUTE FOR HEALTH CARE INNOVATION. *Survey instruments, 2006-2014*. Disponível em: <http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Survey_Instruments&s=165>. Acesso em: 12 mar. 2010.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS: CONASS, 2011.
- MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.) *Laboratório de inovações no cuidado das Condições Crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná*. Brasília: OPAS/CONASS, 2012.
- PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future*. Washington, D.C.: PAHO, 2011. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14832&Itemid>. Acesso em: 15 fev. 2012.
- PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser permanente: an integrated health care experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2008, Disponível em: <<http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/5>>. Acesso em: 12 mai. 2011.
- RICK, J. et al. Psychometric properties of the patient assessment of chronic illness care measure: acceptability, reliability and validity in United Kingdom patients with long-term conditions. *Health Services Research*, Chicago, v. 12, n. 1, 2012, p. 293.
- SALAZAR, L. *Evaluación de efectividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida*. Santiago de Cali: CEDETES; 2004.
- SCHMITTDIEL, J. et al. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *Journal of General Internal Medicine*, New York, v. 23, n. 1, p. 77-80, 2008.
- STEURER-STHEY, C. et al. The German version of the Assessment of Chronic Illness Care: instrument translation and cultural adaptation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, New York, v.18, n. 1, p. 1-4, 2012.

WAGNER, E. H. et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, New York, v. 20, n. 6, p. 64-78, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global status report on non-communicable diseases 2010*. Italy: WHO Library, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em: 21 jun. 2011.

Recebido para publicação em março de 2014
Versão final em agosto de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)
- Carta Acordo BR/ORLA/1200096.001.