

CAPACIDADE INSTITUCIONAL DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM BAGÉ, RS

LOURIELE SOARES WACHS¹ MARIANGELA UHLMANN SOARES² KARLA PEREIRA MACHADO²; MICHELE ROHDE KROLOW²; ADRIÉLI TIMM OLIVEIRA²; ELAINE THUMÉ³

¹*Universidade Federal de Pelotas – louriele@gmail.com* 1

²*Universidade Federal de Pelotas – mariangela.soares@gmail.com* 2

²*Universidade Federal de Pelotas – karlamachadok@gmail.com* 2

²*Universidade Federal de Pelotas – michele-mrk@hotmail.com* 2

²*Universidade Federal de Pelotas – adrielioliveira85@gmail.com* 2

³*Universidade Federal de Pelotas – elainethume@gmail.com* 3

1. INTRODUÇÃO

A alta prevalência de condições crônicas de saúde e seu impacto na mortalidade e na qualidade de vida da população desafiam a capacidade institucional de sistemas e serviços de saúde em todo o mundo, principalmente em países de baixa e média renda (SCHMIDT, 2011 WHO, 2013). No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem por mais de 70% do total de óbitos, com repercussões mais intensas em idosos e populações de baixa renda e escolaridade.⁵ Entre as causas de óbito analisadas, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes somam 80% dos óbitos por DCNT (MALTA, 2011).

Frente ao desafio das mudanças no perfil de morbimortalidade, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022), cujas diretrizes orientam as mudanças institucionais que abrangem o sistema de informação, a abordagem integral, o modelo de cuidado e a rede de serviços, com particular destaque para a atenção básica em saúde.¹⁵ Em 2012, em iniciativa apoiada pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Mendes (2012) formulou o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), com base no Chronic Care Model (CCM) desenvolvido nos Estados Unidos⁷ e aplicado com variações em diversos países do mundo (WAGNER, 1998; MENDES, 2012; SCHWAB2014).

Avaliar a qualidade da atenção preenche uma lacuna importante, de modo a subsidiar gestores e profissionais de saúde na condução de intervenções multidimensionais orientadas a melhoria dos serviços (LANDON, 2007; WAGNER, 1996). Com este objetivo, o presente artigo utilizou o ACIC para avaliar dimensões e componentes da capacidade institucional das equipes da rede básica de saúde da cidade de Bagé na atenção às condições crônicas.

2. METODOLOGIA

Realizou-se avaliação da capacidade institucional das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na atenção às condições crônicas em Bagé (RS). O município possui 121.986 habitantes e investe na implementação da Estratégia de Saúde da Família há 15 anos e atingiu o percentual de 65,5% da população coberta pelas equipes saúde da família em 2019.¹⁵

Foi objeto de estudo a totalidade das 25 equipes em atuação no ano de 2018 na zona urbana do município, sendo 23 equipes de Saúde da Família distribuídas em 17 Unidades de Saúde da Família (USF) e as duas equipes em uma UBS Tradicional. Para garantir o anonimato foi atribuído um número para cada UBS (1-18), acrescido de letra (A, B) no caso de mais de uma equipe na mesma UBS.

Neste estudo, Capacidade Institucional refere-se à estrutura e processos organizacionais e administrativos utilizados na rede básica de saúde para viabilizar a atenção a condições crônicas. Para avaliar a “capacidade institucional” foi utilizado o instrumento de Assessment for Chronic Illness Care (ACIC) composto por sete dimensões e 36 componentes, assim distribuídos: 1) Organização da atenção à saúde (seis componentes); 2) Articulação com a comunidade (quatro componentes); 3) Autocuidado apoiado (quatro componentes); 4) Suporte à decisão clínica (quatro componentes); 5) Desenho do sistema de prestação de serviços (seis componentes); 6) Sistema de informação clínica (seis componentes); 7) Integração dos componentes (seis componentes).

A capacidade institucional da rede básica do município na atenção às condições crônicas foi estimada por dimensão, mediante a média aritmética e desvio-padrão das dimensões no conjunto das equipes. Finalmente, se estimou a capacidade institucional global da rede básica de Bagé por meio da média aritmética e desvio-padrão das sete dimensões no total das equipes avaliadas.

Os princípios éticos foram assegurados, recorrendo-se ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido, assinado pelos entrevistados. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, sob o protocolo nº. 2.230.331.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A capacidade institucional global da rede de serviços de atenção primária à saúde de Bagé na atenção às condições crônicas alcançou nível básico na avaliação com o ACIC, com escore médio de 5,6 (dp=1,9) pontos.

Ao verificar a capacidade institucional por dimensão, a rede alcançou nível básico em Organização da Atenção à Saúde (média=5,8, dp=1,6); Articulação com a Comunidade (média=5,9; dp=2,1); Suporte à Decisão Clínica (média=4,5; dp=2,3); Sistema de Informação Clínica (média=5,2; dp=2,3); e na Integração dos componentes (média=4,8; dp=2,3). O nível de desempenho da rede foi razoável nas dimensões de Autocuidado Apoiado (média=6,5; dp=1,9) e Desenho do Sistema de Prestação de Serviços (média=6,4; dp=2,3).

A capacidade institucional (CI) global do município foi marcada por diferenças no resultado da avaliação individual das equipes. Apenas uma equipe (4%) apresentou CI limitada (0 a 2,9 pontos), doze equipes (48%) apresentaram CI básica (3,0 a 5,9 pontos) e outras doze equipes (48%) mostraram CI razoável (6 a 8,9 pontos). A amplitude de variação da CI foi de 7,3 pontos, sendo 1,2 pontos a média da equipe com pior avaliação e 8,5 pontos a média da equipe melhor avaliada. Não se observou equipes com capacidade institucional ótima na atenção às condições crônicas em Bagé (Figura 1).

Na organização da atenção à saúde, 52% (n=13) das equipes apresentaram capacidade institucional razoável e os melhores resultados referem-se aos componentes que avaliaram estratégias para melhoria da atenção às condições crônicas e os benefícios e incentivos para o autocuidado. A capacidade básica ocorreu em 44% (n=11) das equipes e capacidade institucional limitada para uma equipe. As fragilidades foram verificadas nos componentes que avaliaram o interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção e a regulação e incentivos na atenção às condições crônicas.

Na avaliação global com o ACIC, a rede de APS da cidade de Bagé apresentou capacidade institucional básica (média 5,6; dp=1,9) na atenção às condições crônicas. De modo sintético a avaliação expressa fragilidade da rede municipal em responder à

complexidade do cuidado continuado de condições crônicas de saúde. Entretanto, cerca da metade das equipes avaliadas alcançou capacidade institucional razoável sugerindo potencialidades locais na condução de intervenções para qualificar a atenção e superar as debilidades identificadas.

A situação encontrada parece extrapolar as particularidades do contexto local estudado, refletindo problemas sistêmicos da atenção às condições crônicas no país⁸. O resultado do município foi similar ao verificado no estudo realizado em treze unidades de saúde da família em Curitiba, em 2011, na implantação do modelo de atenção às condições crônicas (CRAMM, 2013). Em avaliação de um hospital de ensino em Brasília-DF, que utilizou o ACIC, os entrevistados também classificaram como básica a atenção prestada às pessoas vivendo com HIV/AIDS (SOLBERG, 2006). Fragilidades na atenção às condições crônicas também foram responsáveis por caracterizar como razoável a capacidade institucional de cinco equipes da ESF em Campo Grande (CHMIEL, 2017).

No âmbito internacional, estudos avaliaram a capacidade institucional antes e depois da implantação do modelo de atenção às condições crônicas e verificaram modificações na pontuação do ACIC de capacidade inicial básica para razoável (CHMIEL, 2017). Estudos conduzidos na Austrália (PEARSON, 2005; COLEMAN, 2009) Reino Unido, Holanda e Suíça países que investem fortemente na APS, verificaram a consistência entre escores elevados no ACIC e melhor qualidade no cuidado às condições crônicas.

A capacidade institucional pode ser potencializada por meio do envolvimento de especialistas no apoio aos profissionais da APS, da discussão multiprofissional de casos clínicos antes de referenciar os usuários ao setor secundário e de educação permanente aos profissionais para atenção às condições crônicas. Ao avaliar à articulação com a comunidade a fragilidade foi relacionada com a ausência ou o funcionamento cartorial dos conselhos locais de saúde. Há potencial de melhoria considerando a presença dos ACS em todas as equipes em Bagé e a possibilidade de identificação dos recursos comunitários (casas religiosas, clubes, organizações não governamentais, movimentos sociais etc.) para estabelecer parcerias no enfrentamento das condições crônicas (WHO, 2013; LANDON, 2007).

4. CONCLUSÕES

Em suma, o estudo identificou as fragilidade e fortalezas da capacidade institucional da rede de APS em Bagé, com destaque para adequação do processo de trabalho na atenção às condições crônicas. O estudo serve de linha de base para orientar o desenho do sistema de saúde local orientado ao cuidado contínuo, proativo e com ênfase na integralidade das ações de saúde. Os investimentos deverão priorizar o suporte à decisão clínica, a organização da rede de serviços, a plena implementação de sistemas de informação para subsidiar a prática clínica, além de reforçar o autocuidado apoiado articulado com a comunidade. O alcance de capacidade institucional ótima no acolhimento e manejo das condições crônicas em Bagé, à semelhança de outros locais do país (MOTA, 2014; WAGNER2001) e depende da plena implantação de um novo processo de trabalho na rede de APS, no qual os usuários sejam cuidados por uma equipe que trabalhe integrada e em permanente interação, seja no serviço de saúde, no território, no domicílio ou no local de trabalho. A educação de gestores e profissionais vinculados ao novo processo de trabalho precisa ser permanente, com estratégias de ensino articuladas à avaliação de intervenções dirigidas aos problemas locais na atenção às pessoas com condições crônicas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Schmidt MI, Duncan BB, E Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):61–73.
- World Health Organization (WHO). Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. 2013;55. Available from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- Malta DC, Moura L de, Prado RR do, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2014;23(4):599–608. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=en&nrm=iso&tlang=en
- Wagner EH. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1:2–4.
- Schwab GL, Moysés ST, Kuzma SZ, Ignácio SA, Moysés SJ. Percepção de inovações na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014;38(special):307–18. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S023>
- Landon BE, Hicks LS, O'Malley AJ, Lieu TA, Keegan T, McNeil BJ, et al. Improving the Management of Chronic Disease at Community Health Centers. *N Engl J Med* [Internet]. 2007;356(9):921–34. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMsa062860>
- Wagner EH, Austin BT, VGM. Organizing care for patients with chronic illness. *Manag Care Q*. 1996;74(4):8941260.
- Cramm JM, Nieboer AP. A prestação de cuidados crônicos de alta qualidade melhora as experiências de pacientes cronicamente doentes que recebem cuidados □ Introdução Ir para o conteúdo principal. *OXOFOR Acad*. 2013;1–27.
- Solberg LI, Crain AL, Sperl-hillen JM, Hroscikoski MC. Qualidade da Assistência e Implementação do Modelo de Cuidados Crônicos : Um Estudo Quantitativo Abstrato. *Ann Fam Med*. 2006;4(4):310–6.
- Chmiel Corinnea, Giewer Irinaa, Frei Anjab RT a. Four-year long-term follow-up of diabetes patients after implementation of the chronic care model in primary care: A cross-sectional study. *Swiss Med Wkly*. 2017;147(43–44).
- Coleman K, Austin BT. Evidência no modelo de cuidados crônicos no novo milênio Abstrato: Até agora, as evidências sobre o Modelo de Cuidados Crônicos são encorajadoras, mas precisamos de melhores ferramentas para ajudar as práticas a melhorarem seus sistemas. *Saúde Aff*. 2009;28(1):75–85.
- Pearson ML, Wu S, Schaefer J, Bonomi AE, Shortell SM, Mendel PJ, et al. Avaliando a Implementação do Modelo de Cuidados Crônicos em Colaborações de Melhoria da Qualidade Abstrato Métodos de Coleta de Dados / Extração. *Heal Serv Res*. 2005;40(4):1–13.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-65-259-0111-5. 549 p.
- Mota L, Pereira F, Sousa P. Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Rev Enferm Ref*. 2014;IV Série(No 1):85–91.
- Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost G, McCulloch D, Carver P, SC. Melhoria da qualidade no cuidado de doenças crônicas : uma abordagem colaborativa . *Jt Comm J Qual Improv*. 2001;27(2):1–2.