

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA
ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE ESPECIALIZADOS EM IDOSOS NA CIDADE DE
MANAUS-AM**

MÉRIDA ZILANDA BARBOSA BORDONI

**MANAUS-AM
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

MÉRIDA ZILANDA BARBOSA BORDONI

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA
ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE ESPECIALIZADOS EM IDOSOS NA CIDADE DE
MANAUS-AM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito final para obtenção do título de Mestra em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, área de concentração Dinâmica dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elisa Brosina de Leon.

Coorientadora: MSc. Iarema Fabieli Oliveira de Barros.

**MANAUS-AM
2019**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

B729a Bordoní, Mérida Zilanda Barbosa
Avaliação da capacidade institucional para atenção às condições crônicas nos serviços de saúde especializados em idosos na cidade de Manaus-AM / Mérida Zilanda Barbosa Bordoní. 2019
82 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Elisa Brosina de Leon
Coorientadora: Iarema Fabieli Oliveira de Barros
Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. doença crônica. 2. idosos. 3. avaliação dos serviços de saúde. 4. atenção secundária. I. Leon, Elisa Brosina de II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

MÉRIDA ZILANDA BARBOSA BORDONI

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA ATENÇÃO
ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
ESPECIALIZADOS EM IDOSOS NA CIDADE DE MANAUS-AM**

BANCA EXAMINADORA

APROVADA EM

29 de novembro de 2019.

Profa. Dra. Elisa Brosina de Leon (PPGSSEA/UFAM) – Presidente

Parecer APROVADA Assinatura Elisa Brosina de Leon

Prof. Dr. Bruno Mendes Tavares (PPGSSEA/UFAM) – Membro Titular

Parecer APROVADA Assinatura Bruno Mendes Tavares

Prof. Dr. Sileno de Queiroz Fortes Filho (UEA) – Membro Titular

Parecer APROVADA Assinatura Sileno de Queiroz Fortes Filho

**MANAUS-AM
2019**

DEDICATÓRIA

A Deus pela força, a minha família pelo cuidado e a todos que colaboraram para a realização desta obra.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela sabedoria, força, fé, paz e segurança, para a realização de mais uma conquista.

Ao meu esposo por estar sempre ao meu lado proporcionando-me apoio e incentivo na realização dessa etapa.

Aos meus pais, Odete Pinheiro por todo amor e carinho sendo uma inspiração profissional e Franqueline Barbosa por ser um exemplo de disciplina e perseverança, sou grata por tê-los como meus amados pais.

Aos meus irmãos Michel Platiny por acreditar em meu sonho e a Amanda Barbosa por me ajudar a ser uma mulher forte e determinada.

A prof^a Dr^a Artemis Soares por todo apoio e cuidado durante este processo de estudo. Sou grata por sua vida!

Aos meus sogros e familiares por todo apoio e amparo.

A minha querida orientadora Prof^a Dr^a Elisa Brosina de Leon por acreditar em mim, por ter me acolhido e compartilhado muitos saberes no decorrer desta trajetória. Sou grata pelo tempo que investiu em mim para o meu crescimento pessoal e profissional.

A minha coorientadora MSc. Iarema Fabieli Oliveira de Barros, pelo aprendizado e experiências compartilhados.

A Enf^a Elorides de Brito, pelo convite em integrar o grupo de pesquisa na UnATI, despertando meu amor pela pesquisa o qual me trouxe a essa conquista.

As gestoras e aos profissionais de saúde dos CAIMI Dr. Paulo Lima, CAIMI Ada Rodrigues Viana, CAIMI Dr. André Araújo e a Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA, que foram fundamentais para a realização deste estudo, assim com, por todo carinho e gentileza com a qual me receberam durante minhas visitas.

Agradeço em especial meus amigos e colegas de profissão Doutores Wilson Zacarias Aires Neto; Evânia Alves Tito; Suelem Cristine da Silva Nunes e Graça da Conceição Pinto de Andrade, por todo o carinho com que me receberam em suas instituições e pelo auxílio disponibilizado.

A Dr^a Maíra Mendes, por toda disposição em nortear o grupo de pesquisa Modelos de Cuidados em Gerontologia, no qual me despertou para o mundo da pesquisa.

Ao Programa de Pós-graduação Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela oportunidade de realizar essa conquista profissional.

Aos professores do PPGSSEA, pela disposição em compartilharem seus conhecimentos conosco e pelas palavras de incentivos.

Aos meus colegas do PPGSSEA, pela oportunidade de compartilharmos experiências e aprendermos juntos.

Meu muito obrigado!

Cada ser humano é uma joia única no palco da existência, uma obra-prima do Autor da vida.
Augusto Cury

RESUMO

Introdução: A mudança do perfil dos usuários do SUS tem impactos significativos na saúde da população, trazendo novas formas de atuação em saúde, principalmente em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis. Para que o sistema de saúde, no Brasil, atenda a estas transformações, vislumbra-se a necessidade de avaliação continuada dos processos de saúde e das políticas aplicadas. Porém, observa-se um descompasso entre o aumento das condições crônicas e o processo de trabalho e da gestão, que ainda privilegiam as condições agudas ou a agudização das condições crônicas. Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar a capacidade de atenção a pacientes hipertensos nos serviços de saúde especializados na assistência da população idosa baseado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas permitindo a identificação de potencialidades e fragilidades no cuidado administrado a esses usuários. Realizou-se estudo transversal, descritivo e quantitativo. O instrumento utilizado foi o Assessment of Chronic Illness Care, aplicado entre os meses de abril e julho de 2019, desenvolvido para auxiliar no planejamento de estratégias que visem a melhorar o cuidado de doenças crônicas e avaliar o nível de implantação dessas estratégias no sistema, permitindo a classificação estratificada crescentemente em limitada, básica, razoável ou ótima capacidade para atenção à população. Foram entrevistados 53 profissionais de saúde em instituições especializadas no atendimento à pessoa idosa na cidade de Manaus. Após análise observou-se que as instituições CAIMI Dr. Paulo Lima, CAIMI Dr. André Araújo e CAIMI Ada Rodrigues Viana possuíam capacidade básica para atenção aos idosos hipertensos e a Policlínica UnATI/UEA mostrou-se com uma capacidade razoável. As principais fragilidades institucionais identificadas foram referentes às dimensões: (a) recursos da comunidade; (b) suporte às decisões; (c) sistema de informação clínica e (d) integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Sendo as potencialidades relacionadas: (a) vasta experiência dos profissionais de saúde na atenção aos idosos; (b) capacitação das equipes; (c) autocuidado apoiado e (d) implementações no desenho de prestação de serviços. Os resultados demonstraram uma capacidade básica para atenção aos usuários hipertensos nos serviços especializados à população idosa na cidade de Manaus.

Palavras-chave: doença crônica, idosos, avaliação dos serviços de saúde, atenção secundária.

ABSTRACT

Introduction: Changes observed in the profile of SUS users have significant impact on the population's health, bringing new forms of health care, mainly due to the increased burden of chronic noncommunicable diseases. To identify these transformations, emerge the necessity for continued assessment of health processes and applied policies. However, there is a mismatch between the increase in chronic conditions and the work and management process, which still privilege acute conditions or the sharpening of chronic conditions. Therefore, the objective of the study was to evaluate the capacity of attention to hypertensive patients in health services specialized in the care of the elderly population based on the Care Model for Chronic Conditions allowing the identification of potentialities and weaknesses in the care administered to these users. A cross-sectional, descriptive and quantitative study was performed. The instrument used was the Assessment of Chronic Illness Care, applied between April and July 2019, designed to assist in the planning of strategies aimed at improving the care of chronic diseases and to evaluate the level of implementation of these strategies in the system, allowing the stratified increasingly classification: limited support, basic, reasonably or fully developed chronic illness care. Were applied 53 questionnaires to health professionals from institutions specialized in elderly care in the city of Manaus. After analysis it was observed that the institutions CAIMI Dr. Paulo Lima, CAIMI Dr. André Araújo and CAIMI Ada Rodrigues Viana reached basic support for elderly hypertensive and the Polyclinic UnATI / UEA showed a reasonably capacity. The main institutional weaknesses identified were related to the dimensions: (a) community linkages; (b) decision support; (c) clinical information system and (d) integration of Chronic Care Model components. Related potentialities are: (a) vast experience of health professionals in care for the elderly; (b) team training; (c) self-management support and (d) implementations in service delivery design. **Conclusion:** The results showed a basic capacity to care for hypertensive users in specialized services to the elderly population in the city of Manaus.

Keywords: chronic disease; aged; health services research, secondary care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O modelo da atenção crônica	20
Figura 2 - Localização dos CAIMI's e da Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA	26
Figura 3 - Processo para a coleta dos dados	33
Figura 4 - Participantes elegíveis na instituição 1	37
Figura 5 - Participantes elegíveis na instituição 2	37
Figura 6 - Participantes elegíveis na instituição 3	37
Figura 7 - Participantes elegíveis na instituição 4	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Aspectos das sete dimensões do ACIC.....	31
Tabela 2 - Descrição geral das variáveis de identificação dos profissionais de saúde pertencentes ao quadro de recursos humanos das instituições avaliadas.	36
Tabela 3 - Descrição das variáveis de identificação dos profissionais de saúde pertencentes ao quadro de recursos humanos da Instituição 1.....	39
Tabela 4 - Descrição das variáveis de identificação dos profissionais de saúde pertencentes ao quadro de recursos humanos da Instituição 2.....	40
Tabela 5 - Descrição das variáveis de identificação dos profissionais de saúde pertencentes ao quadro de recursos humanos da Instituição 3.....	41
Tabela 6 - Descrição das variáveis de identificação dos profissionais de saúde pertencentes ao quadro de recursos humanos da Instituição 4.....	43
Tabela 7 - Resultados do ACIC nas instituições em Manaus-AM.....	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dimensões do ACIC na instituição 1.	48
Gráfico 2 - Dimensões do ACIC na instituição 2.	51
Gráfico 3 - Dimensões do ACIC na instituição 3.	53
Gráfico 4 - Dimensões do ACIC na instituição 4.	56

LISTA DE SIGLAS

ACIC	Avaliação da Capacidade Institucional para Atenção às Condições
Crônicas	
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAIMI	Centro de Atenção Integral à Melhor Idade
CCM	Chronic Care Model
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de secretários de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MCC	Modelo de Condições Crônicas
NOG	Núcleo de Orientação Gerontológica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
SEPLANCTI	Secretaria de Estado de Planejamento, Desenvolvimento, Ciência,
Tecnologia e Inovação	
SUSAM	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UnATI	Universidade Aberta da Terceira Idade
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Transições demográfica, epidemiológica e nutricional no Brasil	17
2.2 Modelos de atenção voltados às condições crônicas	18
2.3 Avaliações do modelo de cuidados crônicos	20
2.4 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	21
2.5 Redes de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas	22
2.6 O contexto do Amazonas e capital	23
2.7 Contextos das instituições especializadas em idosos na cidade de Manaus	24
2.7.1 - Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI)	24
2.7.2 - Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA	25
3 PROBLEMA DO ESTUDO	26
4 OBJETIVOS	27
4.1 Objetivo geral	27
4.2 Objetivos específicos	27
5 MATERIAIS E MÉTODOS	28
5.1 Desenho do estudo	28
5.2 Local e período da pesquisa	28
5.3 População de estudo	28
5.4 Instrumentos e coleta dos dados	29
5.4.1 - Questionário socioeducacional do profissional de saúde	29
5.4.2 - Questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (ACIC)	30
5.4.3 - Procedimento de coleta de dados	33
5.5 Organização e análise dos dados	34
5.6 Aspectos éticos	34
6 RESULTADOS	35
6.1 Caracterizações socioeducacional	35
6.1.1 – Caracterização geral da amostra.....	35

6.2 Instituições participantes do estudo	38
6.2.1 - CAIMI Dr. Paulo Lima.....	38
6.2.2 - CAIMI Dr. André Araújo.	39
6.2.3 - CAIMI Ada Rodrigues Viana	41
6.2.4 - Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA.	42
6.3 ACIC	43
6.3.1 - CAIMI Dr. Paulo Lima.....	46
6.3.2 - CAIMI Dr. André Araújo.	49
6.3.3 - CAIMI Ada Rodrigues Viana.	51
6.3.4 - Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA.	54
6.4 Comparações das instituições	57
7 DISCUSSÃO	58
8 CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	64
ANEXOS	69
ANEXO 1	70
ANEXO 2	71
ANEXO 3	81

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial identificado em diversos países, assim como no Brasil. Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver acima dos 60 anos, mas o acréscimo dos anos e o estilo de vida têm favorecido alguns enfretamentos, como o surgimento das condições crônicas (OMS, 2015).

O impacto das condições crônicas apresenta grande relevância em muitos países desenvolvidos, bem como um fator a ser considerado nos países subdesenvolvidos como Brasil, por consequências os altos índices de óbitos (60% das mortes mundiais). Dentre elas destacam-se as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias obstrutivas como as causas mais comuns de mortalidade (BARCELÓ et al., 2015; COSTA, 2015; OMS, 2005).

O cenário epidemiológico do Brasil apresenta três transições distintas: a demográfica, a epidemiológica e a nutricional, juntas provocam o aumento das condições crônicas. Diante disso, o Sistema de Saúde enfrenta diversos desafios relacionados ao modelo de atenção adotado que privilegia as condições agudas de tratamentos curtos (COSTA, 2015).

Recentes estudos têm demonstrado que os serviços de saúde ainda estão voltados para a atenção às condições agudas, as quais ainda demandam resolutividade. Concomitante a este cenário surgem às demandas provenientes das patologias que requerem tratamentos prolongados, os quais se definem como condições crônicas (BAPTISTA, 2017; BRASIL, 2011; MENDES, 2012; MOYSÉS; FILHO; MOYSES, 2012).

As condições crônicas são definidas como condições ou doenças com início gradual, com duração longa e incerta, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças no estilo de vida e necessitam de um modelo com atuação multiprofissional culminando com a elaboração de um plano de cuidados com responsabilidades compartilhadas entre usuários e profissionais (BRASIL, 2011; COSTA, 2015; SUSAM, 2016).

Diante disso, as instituições de saúde destinadas à atenção aos idosos se configuram como primordiais na atenção às condições crônicas, pois a oferta de serviços especializados oferece uma resolutividade de forma precisa e singular considerando os diversos fatores determinantes da saúde, por meio de uma atenção humanizada, multiprofissional e que seja a coordenadora do cuidado (MENDES, 2012).

Assim, a identificação dos níveis de capacidade institucional dos serviços de saúde destinados aos idosos é de grande relevância, pois com a sobrecarga decorrentes das

condições crônicas aumentou o ônus na área da saúde. Diante desses enfrentamos os serviços de saúde precisam adaptar o modelo de assistência antes baseado no foco curativo de doenças agudas e infectocontagiosas e reorganizar-se para a prestação de assistência às condições crônicas, o qual concentra-se na relação pacientes motivados e informados e equipes de saúde proativas e preparadas (ARAÚJO et al., 2014; AROKIASAMY et al., 2017; REMUS et al., 2016).

A identificação das fragilidades e potencialidades na capacidade de cada serviço no atendimento ao idoso oportunizará o fortalecimento da assistência, melhorando a eficiência nos cuidados em longo prazo dessa população, de modo que possam planejar e aplicar de forma efetiva os recursos disponíveis em seus estabelecimentos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Transições demográfica, epidemiológica e nutricional no Brasil

As instituições de saúde no Brasil encontram-se diante dos desafios inerentes das transições demográfica, epidemiológica e nutricional, no qual a transição demográfica caracteriza-se pela redução da fecundidade e suprimir a mortalidade por doenças infectocontagiosas, portanto levando a ganhos de vidas e aumento da longevidade (CAMPOLINA et al., 2013; MAIA; SAKAMOTO, 2016).

Do mesmo modo, concomitante a transição demográfica temos a transição epidemiológica traz diversas mudanças nos padrões de morbimortalidade e invalidez (SCHRAMM et al., 2004). Ressaltando que os idosos em países subdesenvolvidos apresentam-se com cargas duplas de doenças caracterizadas por condições crônicas, que por sua vez afetam desproporcionalmente aqueles em piores situações socioeconômicas (BORGES, 2017).

Além disso, há a transição nutricional decorrente da expansão do comércio e das indústrias alimentícias que tem influído sobre os alimentos consumidos, acarretando fatores de riscos como o sobrepeso e a obesidade em diversos grupos populacionais, incluindo os idosos. Vale salientar que estes fatores de riscos favorecem o surgimento de condições crônicas e outras doenças (COSTA, 2015; RODRIGUES et al., 2016).

No geral às condições agudas, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de

duração mais ou menos longo, superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente (MENDES, 2012).

Diante disso, o sistema de saúde encontra-se perante o enfrentamento das condições crônicas, visando reduzir os ônus e melhorar a qualidade dos serviços de saúde (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015). Assim, o modelo de atenção às condições crônicas surgiu como resposta às necessidades do sistema, objetivando uma atenção aos tratamentos longitudinais com baixo custo.

Portanto, após uma busca em literaturas internacionais e nacionais Mendes realizou a construção de uma proposta para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, o qual foi intitulado de Modelo de Atenção às Condições Crônicas, que teve como base três outros modelos: O Modelo de Atenção Crônica, o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo de Determinação da Saúde de Dahlgren e Whitehead (MENDES, 2012).

2.2 Modelos de atenção voltados às condições crônicas.

Este modelo foi criado pelo MacColl Institute for Health Care Innovation, Estados Unidos e adaptado pela Organização Mundial da Saúde como consequência a ampla revisão bibliográfica internacional, no que diz respeito ao manejo às condições crônicas, analisando a complexidade da atenção às condições crônicas, que para essas situações é necessário que haja uma solução complexa, sistêmica e multidimensional. Assim, o objetivo deste modelo foi visualizar os componentes de uma estratégia para o enfrentamento às condições crônicas e assim diminuir sua incidência, reduzir a prevalência e propor tratamentos (COSTA, 2015).

O Modelo de Atenção Crônica, tradução literal do inglês Chronic Care Model (CCM), foi posteriormente designado pelo termo mais conhecido como: Modelo de Cuidados Crônicos (MCC) e no Brasil foi adaptado e modificado para o SUS por Mendes (COSTA, 2015; MENDES, 2010, 2012).

Este modelo propõe inovação para as ações de prevenção, controle e atenção às condições crônicas e tem sido utilizado para avaliar e melhorar a qualidade do cuidado, pois orienta um trabalho longitudinal, planejado e direcionado (WAGNER, 1998; WAGNER et al., 2001).

Na figura 1, são apresentados os seis componentes deste modelo subdivididos em duas grandes dimensões: sistema de atenção à saúde e comunidade (BARCELÓ et al., 2015; COSTA, 2015), os quais são:

1. A organização da atenção à saúde, que se define como o apoio aos sistemas de saúde para melhoria em todos os segmentos da organização ou instituição, priorizando os profissionais de saúde; promovendo planos de implementações efetivos para a reorganização do sistema, proporcionando incentivos financeiros baseados na qualidade dos serviços prestados e facilitando o acesso em todos os níveis pelos usuários (BARCELÓ et al., 2015).

2. O desenho do sistema de prestação de serviço, que diz respeito em assegurar uma atenção eficaz, baseada em evidências científicas, promove o autocuidado aos idosos, incentiva a interação dos profissionais de saúde com os usuários, considerando os aspectos culturais (MENDES, 2012).

3. O suporte às decisões, que tratam em disponibilizar diretrizes clínicas, baseadas em evidências, para que sejam incorporadas nas rotinas de serviço, com intuito de compartilhar informações entre usuários e profissionais que devem incentivar a participação ativa desses (COSTA, 2015).

4. O sistema de informação clínica, que se conceitua na manutenção de organizar os dados clínicos individuais e coletivos com a finalidade de uma oferta de atenção efetiva, de maneira a facilitar o planejamento, a classificação de riscos e a coordenação da atenção clínica integral. O sistema deve gerar lembretes em tempo oportuno para os profissionais, prestadores e usuários de maneira a apoiar o cumprimento das diretrizes clínicas e as estratégias de melhorias (COSTA, 2015; WAGNER et al., 2001).

5. Autocuidado apoiado define-se como a prática sistemática de intervenções de educação e apoio pelos profissionais de saúde para aumentar a habilidade e a confiança dos pacientes no manejo às condições crônicas, inclusive com avaliação periódica do progresso e dos problemas, definição de metas e apoio na solução de problemas (BARCELÓ et al., 2015).

6. Recursos da comunidade relaciona-se no incentivo aos pacientes a participarem de programas comunitários efetivos, com o intuito de apoiar e desenvolver intervenções que preencham lacunas nos serviços de saúde necessários, além de defender políticas para melhorar a atenção aos pacientes e aos centros de atenção comunitários (BARCELÓ et al., 2015).

Figura 1- O modelo da atenção crônica



Fonte: Mendes, 2012.

2.3 Avaliações do modelo de cuidados crônicos

Esta proposta por pesquisadores especialistas em saúde na área de gerenciamento para cuidados inovadores em condições crônicas do *MacColl Institute for Health Care for Innovation* de Seattle, Washington, Estados Unidos da América desenvolvendo dois instrumentos práticos com o objetivo de avaliar a eficácia do Modelo nos sistemas de saúde. O primeiro sob o ponto de vista dos profissionais de saúde e o segundo na perspectiva dos usuários com condições crônicas, *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) e o *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) respectivamente (BARCELÓ et al., 2015).

O *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) foi elaborado a partir de uma ferramenta desenvolvida no Sistema de Saúde Indígena dos Estados Unidos para avaliação da atenção ao Diabetes Mellitus (ACTON et al., 1993) e o PACIC foi desenvolvido em Washington e Idaho, sendo uma ferramenta única existente na literatura com objetivo de avaliar a qualidade do cuidado recebido pela pessoa com condições crônicas (GLASGOW et al., 2005).

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 feitas em resposta às intervenções adotadas (BONOMI et al., 2002).

Este instrumento derivou de intervenções específicas, baseadas em evidências, para os seis componentes do modelo de atenção para doenças crônicas, conforme figura 1 sendo: (recursos da comunidade, organização do sistema de saúde, apoio para o autocuidado, desenho da linha de cuidado, suporte para decisões clínicas e sistema de informações clínicas) (OPAS, 2010).

Trabalhos internacionais comprovam a possibilidade da utilização do instrumento ACIC de diferentes modos, para a realização de uma auto avaliação do processo de trabalho dos profissionais de saúde em atenção às condições crônicas, programas de ensino com novas tecnologias e práticas de ensino (CRAMM; NIEBOER, 2013; STEINHAEUSER et al., 2011; STEURER-STEY et al., 2010). Outros estudos, porém estão focados em medir o grau de implementação do MCC, objetivando a interrelação dos profissionais de saúde com os usuários, esta tecnologia de entrega de serviços tem mostrado resultados satisfatórios, além de fornecer um guia para o desenvolvimento de intervenções para melhorar o atendimento às condições crônicas (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016; MILANI; LAVIE, 2015; SOLBERG et al., 2006).

No Brasil, este instrumento foi previamente validado e aplicado pela experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba acompanhada pelo Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), para a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

O ACIC pode auxiliar na avaliação de implementação do modelo, sendo, portanto, sua aplicação realizada em dois momentos, no primeiro para definição de uma linha de base e para posterior implantação do MACC, e no segundo, a sua reaplicação para comparação com a linha de base. Ou, conforme Bowen *et al.* (2010), aplicada em três momentos: no início, em um ponto médio e no final da intervenção (BOWEN et al., 2010; CASARIL et al., 2018; COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016; MOYSÉS; FILHO; MOYSES, 2012).

2.4 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS apresenta alta incidência nos idosos, sendo uma doença que precisa de acompanhamento para se manter controlada. Mesmo com os avanços dos fármacos para o controle da doença a mesma ainda representa um importante fator de risco para o

desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares e apenas um terço dos portadores mantém-se em níveis pressóricos dentro da normalidade (AMARAL et al., 2019).

As doenças cardiovasculares (DCV) estão em ascensão em todo o mundo, sendo responsável por 30% das mortes no mundo, superando as doenças infectocontagiosas. A exequibilidade de pessoas acima dos 40 anos apresentarem DCV é de 50% e de HAS é 85%, sendo que pessoas acima dos 70 anos apresentam a mesma proporção de probabilidade (FREITAS; PY, 2017).

Segundo, o Ministério da Saúde baseado nos dados da Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em 2018, o qual é uma ferramenta que compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), mais de 24,7% dos brasileiros que vivem nas capitais foram diagnosticados com HAS e destes mais de 60,9% eram idosos portadores de HAS (BRASIL, 2019a). Os idosos que se expõem de forma prolongada aos fatores de riscos externos como: moradia de risco, maus hábitos alimentares, estresse, obesidade, inatividade física, entre outros. Estão mais vulneráveis a adquirirem HAS, ressaltando que estes fatores podem ser modificados (FREITAS; PY, 2017).

Ressalta-se, também, que a deposição lipídica e de cálcio, com concomitante perda de elasticidade dos vasos sanguíneos, podem provocar como consequências nos idosos fatores de risco cardiovascular, como HAS, dislipidemias, obesidade e diabetes, fato observado com muita frequência na prática clínica. Essas alterações vasculares têm importantes implicações clínicas na patogênese das doenças cardiovasculares (FREITAS; PY, 2017).

Portanto, faz-se necessário a implantação de políticas públicas por meio de modelo de atenção às condições crônicas que visem o acompanhamento longitudinal, bem como orientações aos idosos de como conviver com as condições crônicas como a hipertensão.

2.5 Redes de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas

Em 19 de fevereiro de 2013, foi publicada a Portaria GM nº 252 que define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, a qual estabeleceu diretrizes para a organização das linhas de cuidados, sendo redefinida pela Portaria GM nº 483, em 1º de abril de 2014. Nessa portaria, definiram-se doenças crônicas às doenças como aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que geralmente apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças no estilo de vida e

demandavam um processo de cuidados contínuos que, usualmente, não leva à cura (COSTA, 2015).

Contudo, diversas estratégias para ações contínuas de atenção integral foram realizadas para o enfrentamento dos fatores de riscos à manutenção da saúde, entre eles a promoção de vida saudável. Salientando, o avanço na ampliação do acesso aos serviços de saúde com diagnósticos precoces e tratamentos específicos direcionados a populações com condições crônicas (COSTA, 2015)

Diante disso, o Modelo de Atenção Integral à Saúde é uma ação estruturante na Política de Saúde do Estado do Amazonas, que vem executando como projeto estratégico a implantação das seguintes Redes Temáticas: Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Redes de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, tendo como organizadora das Redes a Atenção Primária em Saúde, incluindo a Política Nacional de Humanização no que se refere ao acolhimento de pacientes e acompanhantes, além da adequação de espaços físicos nas unidades de saúde de todo o Estado (SUSAM, 2016).

2.6 O contexto do Amazonas e capital

O Amazonas é um dos sete estados da região Norte que integram a Amazônia legal, o qual detém 98% de sua cobertura florestal preservada. Constituindo-se de uma população com aproximadamente 4.171. 503 habitantes, dos quais 4,89% eram idosos. Manaus a capital Amazonense é composta por uma área de 11.455,38 km², com uma população de 1.802.014 habitantes, na qual tem uma densidade demográfica de 157,35 habitantes/km² (IBGE, 2019; SUSAM, 2016, 2019).

Referente ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Manaus este se apresenta com 737, sendo que o IDHM é composto por três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. Em relação à longevidade a mesma vem progredindo, pois em 1991 apresentava-se no valor de 681, em 2000 com 727 passando para 826 em 2010. Portanto, corroborando com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que indicava que no Amazonas em 2010 a expectativa de vida era de 70,37 anos, sendo em 2019 de 72,59 anos e projetando-se para 74,67 anos até o ano de 2030 (BRASIL, 2019b; IBGE, 2019).

2.7 Contextos das instituições especializadas em idosos na cidade de Manaus

2.7.1 - Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI)

A Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) tem sob sua coordenação na capital 56 estabelecimentos de saúde, sendo: 16 Policlínicas, 08 ambulatórios de hospitais, 03 CAIMI's, entre outros. Os CAIMI's destinam-se aos atendimentos ambulatoriais dos idosos, contribuindo com o envelhecimento ativo e saudável dessa população (DINIZ, 2017; SUSAM, 2016, 2017). Ressalta-se que essa descrição foi baseada nas entrevistas com as gestoras em exercício.

A partir de 2002 foi implantado o primeiro CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima, localizado na rua Taumaturgo Vaz, 358 – Bairro Colônia Oliveira Machado, o qual seguiu os padrões para acessibilidade dos usuários com limitações físicas e/ou psicossociais. Esta instituição disponibiliza diversos serviços de saúde dentre eles: consultas com médicos geriatras, clínicos gerais e cardiologistas, bem como serviços de diagnósticos e tratamentos com psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas e enfermeiros, além de assistência social e exames de eletrocardiograma e Raio-x.

O segundo CAIMI a ser implementado foi o Dr. André Araújo, localizado na Av. Camapuã, 108 – Bairro Cidade Nova, sendo criado em um edifício garagem anexo do Hospital Francisca Mendes, não seguindo os padrões de planejamento (DINIZ, 2017). Assim, os serviços disponibilizados desta instituição relacionam-se: a assistência social, enfermagem, fisioterapia, odontologia, clínica geral, ginecologia, psicologia e terapia ocupacional.

Por fim, o último CAIMI Ada Rodrigues Viana, localizado na Av. Brasil, S/N Bairro Compensa, o qual seguiu o projeto de planejamento. Oferta diversos serviços sendo: atendimentos médicos especializados de clínica médica, gastroenterologia, cardiologia, geriatria e equipe multidisciplinar com enfermagem, farmácia, psicologia, assistência social, odontologia e fisioterapia.

Em relação à porta de entrada dessas instituições ressaltasse que elas ocorrem por meio de encaminhamento de outras instituições de saúde, pelo sistema nacional de regulação e por livre demanda dos pacientes.

Assim, estas instituições apresentam a missão de: Garantir o atendimento ambulatorial dos idosos, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da terceira idade e nas ações preventivas relativas às Políticas de Saúde desenvolvidas na área de abrangências dos

CAIMI's, agindo com equipes multidisciplinares capacitadas objetivando o maior grau de resolutividade possível (SUSAM, 2002).

2.7.2 - Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA

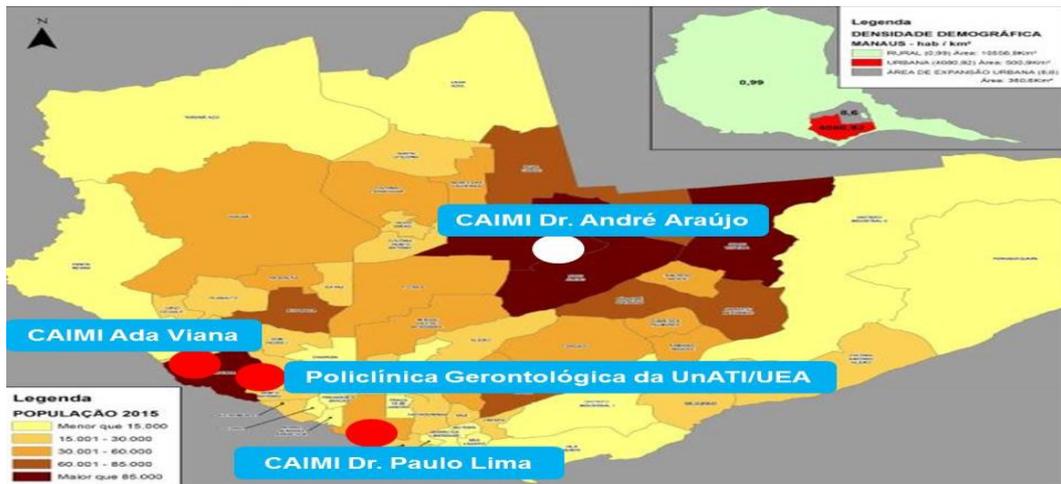
A Universidade Aberta da Terceira Idade/Universidade do Estado do Amazonas (UnATI/UEA) foi idealizada à luz do Estatuto do Idoso no Capítulo V, arts. 20 a 25 que tratam da educação, cultura, esporte e lazer. No qual segundo a Portaria nº. 2.528/GM dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visando à recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Contudo, em 2015 a instituição obteve uma sede própria, na qual disponibilizava diversos serviços educacionais e de saúde entre eles o serviço no Núcleo de Orientação Gerontológica (NOG) conforme figura 2 (UEA, 2015).

O NOG tinha como meta ofertar ações de educação, promoção e monitoramento à saúde dos alunos matriculados nas atividades promovidas pela UnATI/UEA com o propósito de proporcionar o conhecimento de métodos apropriados para o enfrentamento dos desafios oriundos das condições ambientais, psicossociais e de saúde, em busca de melhoria na qualidade de vida durante o processo de envelhecimento, visando a manutenção e/ou a recuperação da autonomia e independência dos alunos(UEA, 2015).

Posteriormente, o NOG organizou-se para o pleito de cadastramento junto ao Ministério da Saúde, para obter o reconhecimento dos serviços públicos de saúde prestados aos usuários da UnATI/UEA, auferindo ao final de junho de 2016 o registro junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com a classificação de Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA (CNES: 9008012), o qual funciona dentro das dependências da UnATI/UEA (UEA, 2016).

A porta de entrada da Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA ocorre por meio de encaminhamento de outras instituições de saúde, pelo sistema nacional de regulação e pela procura dos idosos. Além disso, os serviços ofertados na instituição eram de medicina, assistência social, nutrição, enfermagem, fisioterapia, educação física e psicologia.

Figura 2 - Localização dos CAIMI's e da Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA



Fonte: Secretaria de Estado de Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação - SEPLANCTI, 2015.

3 PROBLEMA DO ESTUDO

Qual o nível de atenção às condições crônicas nos serviços de saúde destinados aos idosos na cidade de Manaus?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar a capacidade para a atenção às condições crônicas nas instituições de saúde destinadas aos idosos na cidade de Manaus - AM.

4.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos, esse estudo buscou:

- Traçar o perfil socioeducacional dos profissionais de saúde das instituições, segundo as variáveis: profissão; sexo; idade; instituição de formação; pós-graduação em gerontologia; pós-graduações em outras áreas da saúde; tempo de assistência ao idoso e tempo de assistência na instituição.
- Caracterizar a capacidade das instituições, segundo as variáveis: organização da atenção à saúde; recursos da comunidade; autocuidado apoiado; suporte às decisões; desenho do sistema de prestação de serviços; sistema de informação clínica e integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas.
- Comparar os níveis de capacidade para a atenção às condições crônicas nas instituições de saúde destinadas aos idosos, segundo as variáveis: organização da atenção à saúde; recursos da comunidade; autocuidado apoiado; suporte às decisões; desenho do sistema de prestação de serviços; sistema de informação clínica e integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Este capítulo define-se ao tipo de estudo, a população e amostra, as variáveis, os instrumentos e procedimentos na recolha de dados e o tratamento estatístico utilizado para a análise dos resultados.

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e comparativa baseada em dados primários obtidos por meio da aplicação de instrumentos de avaliação aos profissionais de saúde dos CAIMI's e da Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA.

5.2 Local e período da pesquisa

Os locais para esta pesquisa foram os CAIMI Dr. Paulo Lima; CAIMI Dr. André Araújo; CAIMI Ada Rodrigues Viana e a Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA, localizados em Manaus-Amazonas.

O período da pesquisa ocorreu entre o primeiro e o segundo semestre de 2018 e 2019. E a coleta dos dados foi realizada nos meses de junho a agosto.

5.3 População de estudo

A amostragem por conveniência foi constituída após uma busca no CNES sobre as instituições destinadas aos cuidados dos idosos na capital Amazonense (CNES, 2018).

Dessa forma, os critérios de inclusão foram os profissionais de saúde reconhecidos pela Resolução nº 287, (08/10/98) do Conselho Nacional de Saúde sendo: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 2006).

Determinou-se como critérios de exclusão, profissionais que não aceitaram participar da pesquisa; profissionais afastados por quaisquer motivos (férias e/ou licença); gestores das instituições; funcionários dos serviços de saúde das partes administrativas; limpeza e manutenção.

5.4 Instrumentos e coleta dos dados

5.4.1 - Questionário socioeducacional do profissional de saúde

O questionário socioeducacional (Anexo 1) foi construído com questões abertas e fechadas, com as seguintes variáveis:

- **Profissão**- variável nominal politômica (assistência social; biologia; biomedicina; educação física; enfermagem; farmácia; fisioterapia; fonoaudiologia; medicina; medicina veterinária; nutrição; odontologia; psicologia e terapia ocupacional)
- **Idade** - variável contínua (foi coletado o dado numérico e na análise foram criadas as categorias);
- **Sexo** - variável nominal dicotômica (masculino e feminino);
- **Instituição de formação** - variável contínua (foi coletado o dado numérico e na análise foram criadas as categorias possíveis);
- **Tempo de formado**- variável contínua (foi coletado o dado numérico e na análise foram criadas as categorias possíveis);
- **Especialização em gerontologia**- variável nominal dicotômica (sim ou não);
- **Outras especializações**- variável nominal politômica (foi coletado o dado descritivo e na análise foram descritas as categorias possíveis);
- **Tempo de assistência ao idoso**- variável contínua (foi coletado o dado numérico e na análise foram criadas as categorias possíveis);
- **Tempo de assistência ao idoso na instituição** - variável contínua (foi coletado o dado numérico e na análise foram criadas as categorias possíveis);

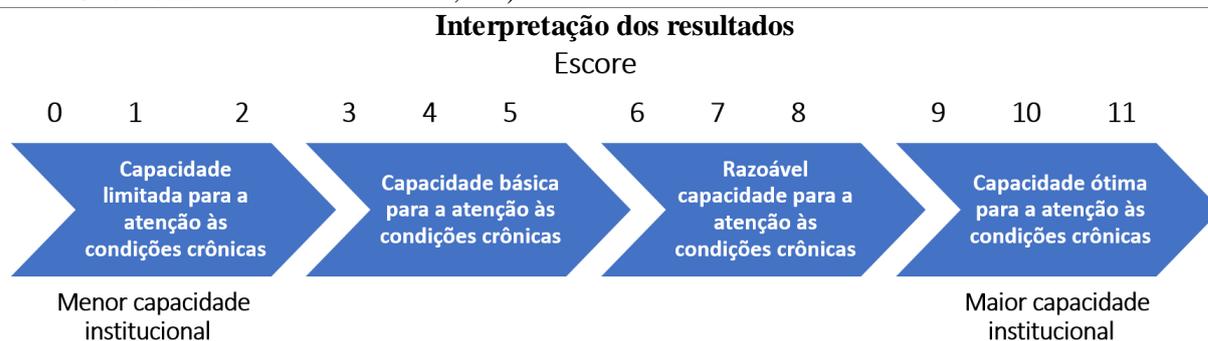
5.4.2 - Questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (ACIC)

Ademais o instrumento utilizado foi Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas – ACIC, previamente validado pela experiência de Curitiba acompanhada pelo Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas, OPAS, CONASS (Anexo 2).

O ACIC é composto pelas seis dimensões vinculadas ao desenvolvimento do Modelo de Condições Crônicas, mais uma sétima que avalia a integração dos componentes (Tabela 1). Antes do preenchimento do ACIC é necessário especificar uma doença ou condição crônica, bem como descrever brevemente o processo utilizado para preencher o questionário (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). Posteriormente, observa-se que cada item dos componentes apresentará aspectos fundamentais da atenção às condições crônicas. Ressaltando que cada dimensão será dividida em níveis e valores que demonstraram os vários estágios na melhoria da atenção às condições crônicas. Os estágios serão representados pelos níveis D, C, B ou A assim as respostas serão analisadas por meio de uma escala de pontuação de 0 a 11, na qual (0) representa a menor pontuação, ou seja, um local com recursos e estruturas muito limitados e (11) a maior pontuação, um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. Por fim, para cada dimensão será gerada uma pontuação média e ao final será realizada a soma e dividida pelo número de dimensões (MOYSÉS; FILHO; MOYSES, 2012).

Tabela 1 - Aspectos das sete dimensões do ACIC.

Dimensões	Conceitos
Organização da Atenção à Saúde	O manejo de políticas/programas de condições crônicas pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado às condições crônicas.
Recursos da comunidade	Articulação entre o sistema de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/manejo de condições crônicas.
Autocuidado apoiado	O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da saúde.
Suporte às decisões	O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso às informações baseadas em evidência para apoiar as decisões na atenção aos usuários. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidências científicas; consultas a especialistas; educadores em saúde e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.
Desenho do sistema de prestação de serviços	Há evidências que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhamento a oferta do cuidado.
Sistema de informação clínica	Informação útil e oportuna, individualizada para todos os usuários em condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.
Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas	Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc).



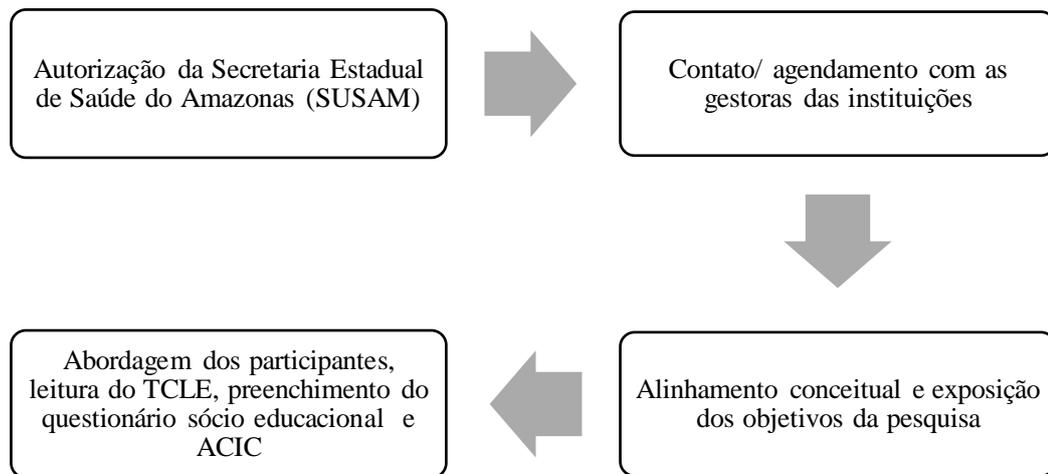
Fonte: Moysés; Filho; Moysés, 2012.

Referente aos itens avaliados os mesmos variam entre três a seis, no qual na dimensão Organização da atenção à saúde tivemos seis itens, sendo: 1) A liderança organizacional do sistema para atenção a atenção às condições crônicas...; 2) Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas...;3) estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas...; 4) políticas e incentivos para a tenção às condições crônicas...; 5) autoridades institucionais...; 6) benefícios (econômicos e morais). Recursos da comunidade encontraram-se três itens, sendo: 1) associar os pacientes com recursos da comunidade (externos: associações de bairro, igrejas, escolas, ONG's); 2) parcerias com as organizações comunitárias...; 3) planos de saúde regionais ou locais... No Autocuidado apoiado tivemos quatro itens, sendo 1) avaliação e documentação das necessidades de autocuidado e atividades realizadas...; 2) apoio ao autocuidado...; 3) suporte psicossocial aos pacientes e familiares...4) intervenções efetivas para mudanças de comportamento e grupos de apoio.... No Suporte às decisões quatro itens, sendo: 1) diretrizes baseadas em evidências...; 2) envolvimento de especialistas na melhoria da atenção primária...;3) educação das equipes em atenção às condições crônicas...;4) informação aos pacientes sobre as diretrizes....No Desenho do sistema de prestação de serviços apresentam-se seis itens, sendo: 1) linha de cuidado para a atenção...; 2) liderança das equipes de saúde...;3) Sistema de agendamento...; 4) monitoramento...; 5) consultas planejadas para atenção às condições crônicas...; 6) referência ao especialista ou a serviço de apoio diagnóstico....No Sistema de informação clínica, encontraram-se cinco itens, sendo: 1) registro (lista de pacientes com condições específicas)...; 2) alerta aos profissionais...; 3) retroalimentação “feedback”; 4) informação relevante sobre subgrupos de pacientes que requerem serviços especializados; 5) planos terapêuticos dos pacientes. Na Integração dos componentes do Modelo de Atenção às condições crônicas, este era composto por seis itens, sendo: 1) informando pacientes sobre protocolos; 2) registros ou sistemas de informação; 3) programas comunitários; 4) plano organizacional para atenção às condições crônicas; 5) rotina de monitoramento para consultas, avaliação do paciente e planejamento de metas...; 6) diretrizes para atenção às condições crônicas.

5.4.3 - Procedimento de coleta de dados

Antecedendo a coleta de dados houve a autorização da gestão estadual nº 17101.032655/2018-49 autorização dos gestores das instituições e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) com o número do parecer 3.383.692 (figura 3).

Figura 3 - Processo para a coleta dos dados



Fonte: O Autor (2019).

Posteriormente, realizou-se o contato com as gerentes dos CAIMI's e da Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA para a apresentação do projeto e da pesquisadora, bem como o agendamento para o início da coleta de dados. Dessa forma, após o agendamento prévio, ocorreu reunião com os gestores, quando foi apresentado o projeto e feito o convite para a participação sendo disponibilizado um tempo para os mesmos refletirem e tomarem a decisão.

Após o aceite dos estabelecimentos de saúde, a pesquisadora realizou uma abordagem individual com os profissionais de saúde interessados em participarem da pesquisa, eram direcionados a um local reservado e para o preenchimento dos instrumentos, assim neste momento era entregue duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, uma via do questionário socioeducacional e o ACIC. Após a leitura e a assinatura do TCLE uma via ficava com o entrevistado e outra com o entrevistador prosseguindo para o preenchimento do questionário socioeducacional e do ACIC. Antecedendo o preenchimento do ACIC, era informado aos participantes que a doença crônica selecionada para a aplicação do ACIC era a HAS, portanto, as respostas obtidas representavam as capacidades

institucionais de atenção aos idosos hipertensos. Salienta-se também, que o modelo escolhido para esse estudo foi o autopreenchimento individual por cada membro da equipe em separado e, para análise do questionário do ACIC referente à dimensão estrutura da matriz avaliativa, foram realizados cálculos para a obtenção da média parcial por dimensões para todas as instituições participantes, assim como a média final. Sendo, que esta análise foi usada para classificação no escore final e comparação da qualidade do atendimento entre as instituições. Assim, os participantes utilizaram um tempo entre 15 a 30 minutos para o preenchimento dos instrumentos.

Salientando, que durante todo o processo de preenchimento dos instrumentos a pesquisadora se fez presente para dirimir quaisquer dúvidas que pudessem surgir (figura 3)(KORFF, 2000).

Ressalta-se que a aplicação dos instrumentos foi previamente agendada de acordo com a disponibilidade do serviço, para que não houvesse comprometimento no processo de trabalho.

5.5 Organização e análise dos dados

Após a coleta dos dados foram realizadas análises descritivas e estatísticas. Dessa forma, para análise estatística foi utilizado o Microsoft Office Excel 2010. A normalidade dos dados foi testada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e aceita, razão pela qual as variáveis contínuas foram apresentadas pelos valores de média e desvio padrão; comparações de médias foram realizadas por meio do teste ANOVA one-way, mediante teste de homogeneidade, seguido de teste post hoc de Tuckey.

5.6 Aspectos éticos

Para atender às exigências quanto aos aspectos éticos na pesquisa envolvendo seres humanos e aos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, esta pesquisa foi encaminhada para autorização da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas – SUSAM, e ao CEP da UFAM, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012, sendo posteriormente aprovado (Anexo 3).

Os resultados da pesquisa serão apresentados em forma de relatório à SUSAM, com o intuito de fortalecer o processo de trabalho das instituições.

6 RESULTADOS

Os resultados apresentados foram obtidos por meio de análise dos instrumentos de coleta de dados apresentados anteriormente. Estes serão apresentados por meio de figuras, tabelas e gráficos.

6.1 Caracterizações socioeducacional

Esta caracterização refere-se à população dos profissionais de saúde que colaboraram com o estudo em cada instituição avaliada. Nas figuras 4, 5, 6 e 7 apresenta-se o quantitativo de profissionais participantes elegíveis no estudo em cada instituição avaliada. Dentre os 100 profissionais elegíveis para este estudo, 53 participaram do processo de coleta de dados.

6.1.1 – Caracterização geral da amostra

Foram elegíveis 100 profissionais de saúde para o estudo, sendo que 47 não aceitaram participar por motivos de não assinarem o TCLE ou não se encontrarem nas instituições ou não aceitarem participar do estudo. Contudo, 53 participaram, os quais assinaram o TCLE e realizaram o preenchimento dos instrumentos.

Desse modo 60% ($n=32$) dos profissionais que responderam ao primeiro instrumento foram fisioterapeutas 26% ($n=14$), enfermeiros 19% ($n=10$) e psicólogos 15% ($n=8$). Os demais eram médicos 11% ($n=6$), dentistas 9% ($n=5$), assistentes sociais 8% ($n=4$), nutricionistas 4% ($n=2$), farmacêuticas 4% ($n=2$), profissional de educação física 2% ($n=1$) e terapeuta ocupacional 2% ($n=1$). Ressaltando que mais da metade dos profissionais 68% ($n=36$) corresponderam ao sexo feminino (Tabela 2).

No aspecto da idade dos profissionais de saúde os mesmos encontraram-se entre os 25 e os 56 anos, com média de idade de 39,49 anos.

Sobre as instituições de formação dos profissionais, constatou-se que 55% ($n=29$) eram formados em instituições privadas, das quais 40% ($n=21$) eram da região norte, 8% ($n=4$) da região nordeste e 8% ($n=4$) da região sudeste. Assim, apenas 38% ($n=20$) eram especialistas em gerontologia ou saúde pública ou saúde coletiva, no entanto 58% ($n=31$) eram especialistas em outras áreas da saúde.

Observando-se que o tempo de experiência profissional estavam entre 4 meses e 32 anos apresentando uma média de idade de 13,22 anos. Desse modo, notou-se que alguns profissionais já adquiriam experiência mesmo antes de atuarem em suas respectivas instituições, pois os mesmos apresentaram um tempo de serviço de 17 anos, e outros foram identificados com 19 anos de experiência com a população com 60 anos ou mais.

Tabela 2 - Descrição geral das variáveis de identificação dos profissionais de saúde pertencentes ao quadro de recursos humanos das instituições avaliadas ($n=53$).

Variáveis		
Núcleo profissional (%)		
Fisioterapia	14	26
Enfermagem	10	19
Psicologia	8	15
Medicina	6	11
Odontologia	5	9
Assistência social	4	8
Nutrição	2	4
Farmácia	2	4
Educação Física	1	2
Terapia Ocupacional	1	2
Sexo		
Feminino	36	68
Masculino	17	32
Idade (média em anos \pm dp)	39,49	7,50
Local de formação em graduação (%)		
Instituição superior pública	29	55
Instituição superior privada	24	45
Especialização <i>lato sensu</i> (%)		
Sem especialização	2	4
Especialização em gerontologia ou saúde pública ou saúde coletiva	20	38
Especialização em outras áreas da saúde	31	58
Exercício profissional (média em anos \pm dp)		
Tempo de exercício profissional em assistência	13,22	7,4
Tempo de exercício profissional em assistência ao idoso	7	5
Tempo de exercício profissional na instituição avaliada	6	5

Figura 4 - Participantes elegíveis no CAIMI Dr. Paulo Lima

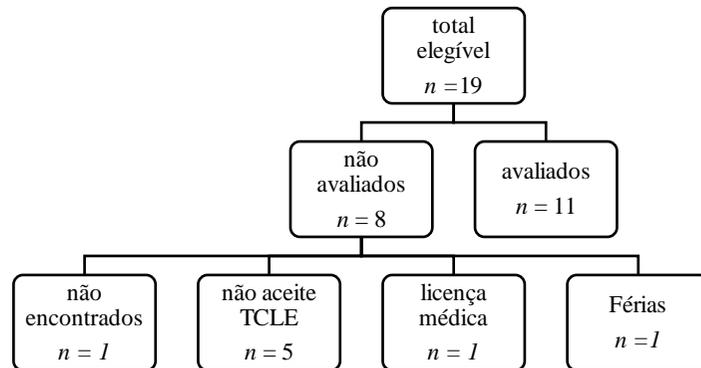


Figura 5 - Participantes elegíveis no CAIMI Dr. André Araújo

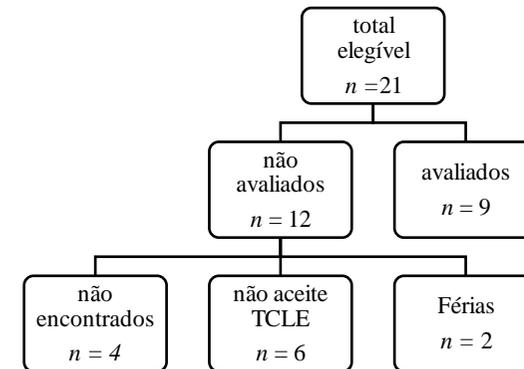


Figura 6 - Participantes elegíveis no CAIMI Ada Viana

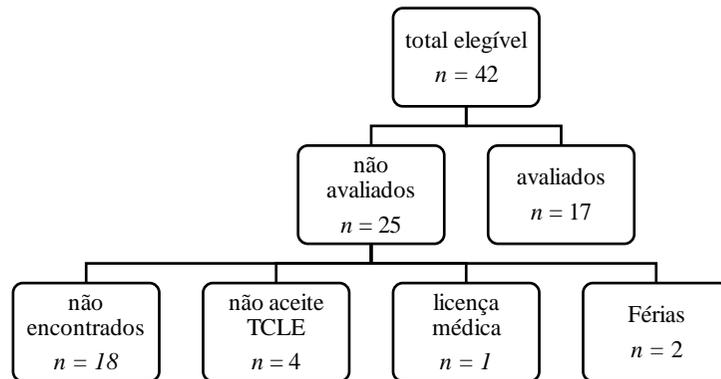
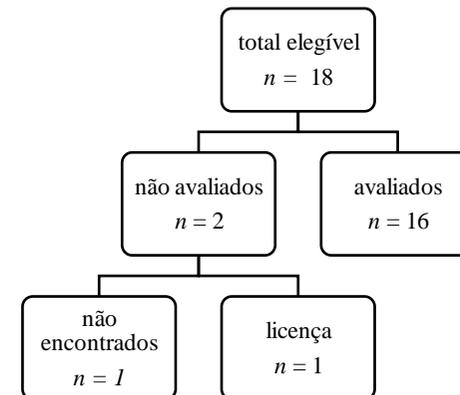


Figura 7 - Participantes elegíveis na Policlínica Gerontológica



6.2 Instituições participantes do estudo

6.2.1 - CAIMI Dr. Paulo Lima.

Na instituição CAIMI Dr. Paulo Lima foram elegíveis 19 profissionais de saúde, dos quais 8 não foram avaliados por motivos de não assinarem o TCLE ou não se encontrarem na instituição ou não desejarem participar do estudo (figura 4).

Assim dentre os participantes, 45% ($n=5$) pertenciam à classe de profissionais fisioterapeutas ($n=3$) e médicos ($n=2$). Os demais distribuíram-se entre 9% ($n=1$) psicólogos; 9% ($n=1$) enfermeiros; 9% ($n=1$) dentista; 9% ($n=1$) assistente social; 9% ($n=1$) farmacêutica e 9% ($n=1$) nutricionista. Ressalta-se que 55% ($n=6$) dos profissionais atuantes na instituição 1 pertenciam ao sexo feminino (Tabela 3).

Em relação à idade dos profissionais de saúde identificou-se que estas variaram entre 32 e 55 com a média ($39,27 \pm 8,27$) anos. Com referência à formação dos profissionais de saúde, observou-se que a maioria dos profissionais obtiveram o diploma profissional em instituições públicas, 64% ($n=7$) e 27% ($n=3$) fizeram especialização em gerontologia ou saúde pública ou saúde coletiva. Além disso, 64% ($n=7$) referiram ser especialistas em outras áreas da saúde e somente 1 profissional referiu não ter frequentado curso de pós-graduação.

Quanto ao tempo de formação profissional este variou entre 9 e 30 anos com média ($14,82 \pm 7,37$) anos (Tabela 3). Quanto ao tempo de exercício profissional à população idosa e o tempo de atuação na instituição avaliada, observou-se uma sutil diferença, de 2 a 12 e de 0,6 a 12 anos, respectivamente. Observou-se que o tempo de assistência aos idosos e o tempo de instituição são semelhantes, o que permite sugerir que os profissionais passaram a prestar serviços aos idosos somente após serem admitidos na instituição, sem experiência prévia.

Tabela 3 - Descrição das variáveis de identificação dos profissionais de saúde pertencentes ao quadro de recursos humanos do CAIMI Dr. Paulo Lima ($n=11$).

Variável		
Núcleo profissional(%)		
Fisioterapia	3	27
Medicina	2	18
Psicologia	1	9
Enfermagem	1	9
Odontologia	1	9
Assistência social	1	9
Farmácia	1	9
Nutrição	1	9
Sexo(%)		
Feminino	6	55
Masculino	5	45
Idade (média em anos \pm dp)	39,27	8,27
Local de formação em graduação (%)		
Instituição superior pública	7	64
Instituição superior privada	4	36
Especialização <i>lato sensu</i>(%)		
Sem especialização	1	9
Especialização em gerontologia ou saúde pública ou saúde coletiva	3	27
Especialização em outras áreas da saúde	7	64
Exercício profissional (média em anos \pm dp)		
Tempo de exercício profissional em assistência	14,82	7,37
Tempo de exercício profissional em assistência ao idoso	7	3,35
Tempo de exercício profissional na instituição avaliada	5	4

dp=desvio padrão

6.2.2 - CAIMI Dr. André Araújo.

Em relação à instituição CAIMI Dr. André Araújo foram elegíveis 21 profissionais de saúde, sendo que 9 participaram do estudo (figura 5). Entre os profissionais avaliados 66% ($n=6$) foram fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros (22% $n=2$; 22% $n=2$; 22% $n=2$), respectivamente, os demais foram dentista (11% $n=1$); assistente social (11% $n=1$) e terapeuta ocupacional (11% $n=1$) (Tabela 4). O sexo feminino foi predominante entre os participantes, correspondendo a 78%.

Dessa forma, na análise da idade dos profissionais de saúde encontrou-se entre os 29 e os 56 anos, a diferença prevalente, conotam que a dedicação à assistência aos idosos seja muito variável, isto é, sendo dos 5 aos 30 anos.

Constatou-se também, que o tempo de exercício profissional aos idosos variou entre 2 a 17 anos. Em contrapartida, ao analisar o tempo de exercício profissional na instituição

observou-se uma diferença de 0,5 a 17 anos. Portanto, houve profissionais recém-chegados, que estão em período de adaptação e reconhecimento do sistema da instituição e os que apresentam uma vasta experiência com o sistema interno, por apresentarem um período de tempo semelhante a criação do local.

Relacionado à formação dos profissionais de saúde demonstrado na tabela 4, notou-se que 56% ($n=5$) dos profissionais são formados em instituições públicas. No que se refere à especialização em gerontologia ou saúde pública ou saúde coletiva foram encontrados 22% ($n=2$) especialistas, de outra forma 78% ($n=7$) eram especialistas em outras áreas da saúde.

Tabela 4 - Descrição das variáveis de identificação dos profissionais de saúde pertencentes ao quadro de recursos humanos do CAIMI Dr. André Araújo ($n=9$).

Variável		
Núcleo profissional(%)		
Enfermagem	2	22
Fisioterapia	2	22
Psicologia	2	22
Assistência social	1	11
Odontologia	1	11
Terapia Ocupacional	1	11
Sexo(%)		
Feminino	7	78
Masculino	2	22
Idade (média em anos \pm dp)	42,44	8,72
Local de formação em graduação(%)		
Instituição superior pública	5	56
Instituição superior privada	4	44
Especialização <i>lato sensu</i>(%)		
Especialização em gerontologia ou saúde pública ou saúde coletiva	2	22
Especialização em outras áreas da saúde	7	78
Exercício profissional (média em anos \pm dp)		
Tempo de exercício profissional em assistência	15,89	9,13
Tempo de exercício profissional em assistência ao idoso	8,71	6,73
Tempo de exercício profissional na instituição avaliada	7,66	6,86

dp=desvio padrão.

6.2.3 - CAIMI Ada Rodrigues Viana

Referente à instituição CAIMI Ada Rodrigues Viana foram elegíveis 42 profissionais de saúde, sendo 17 avaliados (figura 6). Nesta instituição as características a seguir:

Em relação aos participantes notou-se que 29% ($n=5$) eram enfermeiros; 24% ($n=4$) fisioterapeutas; 18% ($n=3$) médicos; 12% ($n=1$) dentistas; 6% ($n=1$) assistente social; 6% ($n=1$) psicólogo e 6% ($n=1$) farmacêutica. Dentre os avaliados na referida instituição 65% ($n=11$) eram do sexo feminino.

Relativamente à idade dos profissionais de saúde, encontrou-se entre os 31 e os 52 anos, essa diferença é notável na formação com uma variação de 6 a 28 anos.

Notou-se que no tempo de exercício profissional dedicados na atenção aos idosos foram inferiores entre 2 a 12 anos, comparado com o tempo de exercício profissional. Observou-se que o tempo de exercício profissional na instituição variam entre 9 meses e 15 anos, considerando que o tempo máximo ficou próximo ao tempo máximo de assistência aos idosos.

Considerando a formação dos profissionais de saúde, notou-se que 71% ($n=12$) dos profissionais foram formados em instituições públicas. Analisou-se que 35% ($n=6$) eram especialistas em gerontologia ou saúde pública ou saúde coletiva, dos quais 65% ($n=11$) eram especialistas nas demais áreas da saúde (Tabela 5).

Tabela 5 - Descrição das variáveis de identificação dos profissionais de saúde pertencentes ao quadro de recursos humanos do CAIMI Ada Rodrigues Viana ($n=17$).

Núcleo profissional(%)		
Enfermagem	5	29
Fisioterapia	4	24
Medicina	3	18
Odontologia	2	12
Assistência social	1	6
Psicologia	1	6
Farmácia	1	6
Sexo(%)		
Feminino	11	65
Masculino	6	35
Idade (média em anos \pm dp)	40,29	5,86
Local de formação em graduação(%)		
Instituição superior pública	12	71
Instituição superior privada	5	29
Especialização <i>lato sensu</i> (%)		
Especialização em gerontologia ou saúde pública ou saúde coletiva	6	35
Especialização em outras áreas da saúde	11	65
Exercício profissional (média em anos \pm dp)		
Tempo de exercício profissional em assistência	15,29	6,19
Tempo de exercício profissional em assistência ao idoso	7,39	4,69
Tempo de exercício profissional na instituição avaliada	6	4

dp=desvio padrão.

6.2.4 - Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA.

Em referência a instituição Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA foram elegíveis 18 profissionais de saúde, dos quais 2 encontraram-se em afastamento, portanto foram 16 avaliados (figura 7). Evidenciou-se que em meio aos profissionais avaliados 69% ($n=11$) foram fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros, sendo 31% ($n=2$) fisioterapeutas; 25% ($n=4$) psicólogos; 13% ($n=2$) enfermeiros. Os demais representavam 6% ($n=1$) dentista; 6% ($n=1$) assistente social; 6% ($n=1$) médico; 6% ($n=1$) profissional de educação física e 6% ($n=1$) nutricionista. Salientando que a prevalência na equipe é do sexo feminino com 75% ($n=12$).

Em relação à idade dos profissionais de saúde esta variou entre os 25 e os 54 anos, constatando que a diferença existente, refletiu no tempo de exercício profissional tornando-o versátil, entre 4 meses a 32 anos. Analisou-se também que o tempo profissional dedicado à atenção dos idosos foi variável, sendo dos 9 meses aos 19 anos. De outro modo, o tempo de exercício profissional na instituição observou-se uma diferença, sendo de 9 meses a 11 anos.

Com referência a formação dos profissionais de saúde, observa-se que 81% ($n=13$) dos profissionais eram formados em instituições públicas. E 69% ($n=11$) possuíam especialização em gerontologia ou saúde pública ou saúde coletiva, de modo que 19% ($n=3$) eram especialistas em outras áreas da saúde e 13% ($n=2$) não possuíam especialização (Tabela 6).

Tabela 6 - Descrição das variáveis de identificação dos profissionais de saúde pertencentes ao quadro de recursos humanos da Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA ($n=16$).

Núcleo profissional(%)		
Fisioterapia	5	31
Psicologia	4	25
Enfermagem	2	13
Odontologia	1	6
Assistência social	1	6
Medicina	1	6
Educação Física	1	6
Nutrição	1	6
Sexo(%)		
Feminino	12	75
Masculino	4	25
Idade (média em anos \pm dp)	36,81	7,65
Local de formação em graduação(%)		
Instituição superior pública	3	19
Instituição superior privada	13	81
Especialização <i>lato sensu</i>(%)		
Sem especialização	2	13
Especialização em gerontologia ou saúde pública ou saúde coletiva	11	69
Especialização em outras áreas da saúde	3	19
Exercício profissional (média em anos \pm dp)		
Tempo de exercício profissional em assistência	8,43	7,10
Tempo de exercício profissional em assistência ao idoso	5,27	4,39
Tempo de exercício profissional na instituição avaliada	4,27	2,96

dp=desvio padrão.

6.3 ACIC

A avaliação proposta pelo ACIC apresenta componentes fundamentais para atenção às condições crônicas. Diante disso, após a análise, observou-se que as médias parciais de cada uma das instituições nos sete componentes avaliados foram semelhantes em alguns componentes, como apresentados na tabela 7.

As maiores potencialidades apontadas pelas instituições foram referentes aos componentes: Autocuidado Apoiado e Organização da atenção à Saúde. E as maiores fragilidades institucionais foram: Sistema de Informação Clínica e Recursos da Comunidade.

A avaliação dos dados coletados demonstrou média final de 4,6 pontos, o que indicou que Manaus-AM, dispõe de serviços de saúde com Capacidade Básica para Atenção às Condições Crônicas nos serviços especializados ao atendimento da população idosa, no que diz respeito aos usuários hipertensos.

Tabela 7 - Resultados do ACIC nas instituições em Manaus-AM.

Dimensões	Itens	CAIMI Dr. Paulo n= 11		CAIMI Dr. André n=09		CAIMI Ada n=17		Policlínica n=16		Média final
		M±dp*	M±dp#	M±dp*	M±dp#	M±dp*	M±dp#	M±dp*	M±dp#	
Organização da atenção à saúde	A liderança organizacional do sistema para atenção às doenças crônicas	3,8±0,8		5,0±3,0		4,1±1,5		5,9±2,4		
	Metas organizacionais para a atenção às doenças crônicas	4,4±2,4		4,6±4,0		4,5±2,4		5,9±2,7		
	Estratégias para a melhoria da atenção às doenças crônicas	5,8±2,4	5,0±1,9	5,2±2,7	5,2±3,4	5,7±1,5	5,2±1,4	6,0±2,3	6,4±1,8	5,4
	Políticas e incentivos para a atenção às doenças crônicas	5,4±2,3		5,3±3,7		3,9±1,7		6,6±2,9		
	Autoridades institucionais	4,6±2,0		5,8±4,1		6,6±2,3		7,0±2,3		
	Benefícios e incentivos	6,0±2,5		5,5±4,4		6,4±2,4		7,2±2,1		
Recursos da comunidade	Associar os pacientes com recursos da comunidade	4,1±3,2		3,2±3,3		2,9±2,7		4,9±4,0		
	Parcerias com as organizações comunitárias	4,3±2,8	4,1±2,5	3,0±3,2	3,5±3,5	3,1±2,7	3,0±1,7	5,6±3,6	5,3±3,5	3,9
	Planos de saúde regionais ou locais	3,8±2,9		4,2±4,1		3,0±2,5		5,4±3,8		
Autocuidado apoiado	Avaliação e documentação das necessidades de autocuidado e atividades realizadas	5,1±2,9		5,0±4,0		5,3±3,5		7,4±3,4		
	Apoio ao autocuidado	4,3±3,3		5,8±3,7		5,8±3,7		6,1±3,6		
	Suporte psicossocial aos pacientes e familiares	5,1±2,6	4,9±2,5	6,2±4,2	5,6±3,4	6,8±2,6	6,5±2,2	6,1±3,5	6,8±2,9	5,9
Suporte às decisões	Intervenções efetivas para mudança de comportamento e grupos de apoio	5,2±3,2		5,6±4,6		8,4±2,7		7,6±2,9		
	Diretrizes baseadas em evidências	3,5±3,3		5,0±3,5		3,8±2,3		6,4±2,7		
	Envolvimento de especialistas na melhoria da atenção primária	4,0±3,4		4,3±4,3		4,0±2,3		6,6±3,3		
	Educação das equipes em atenção às doenças crônicas	3,9±3,5		4,2±4,0		2,5±2,1		5,7±3,6		
	Informação aos pacientes sobre as diretrizes	3,3±3,1	3,7±3,0	4,0±4,1	3,4±3,8	2,7±2,2	3,3±1,5	5,4±3,2	6,0±2,9	4,1
	Linha de cuidado para a atenção	4,3±2,6		4,6±2,9		4,5±3,2		6,4±2,8		

Desenho do sistema de prestação de serviços	às condições crônicas									
	Liderança das equipes de saúde	3,7±2,6		4,0±4,6		3,8±2,4		6,9±2,9		
	Sistema de agendamento	4,5±2,5		5,4±4,4		5,3±3,3		5,9±2,9		
	Monitoramento	3,7±2,9		4,0±4,4		2,9±2,5		6,0±2,8		
	Consultas planejadas para atenção às doenças crônicas	6,3±4,1	4,7±2,4	4,7±4,7	4,5±4,0	4,2±2,9	4,3±1,4	6,8±3,1	6,5±2,5	5,0
Sistema de informação clínica	Referência ao especialista ou a serviços de apoio diagnóstico	5,7±2,7		4,4±4,4		5,1±2,3		6,8±2,5		
	Registro	2,5±2,3		2,0±2,4		2,2±2,0		5,3±3,0		
	Alerta aos profissionais	4,2±3,2		3,3±3,6		3,3±2,5		5,3±2,9		
	Retroalimentação (“feedback”)	3,3±2,8		3,1±3,2		1,9±1,8		6,2±3,3		
	Informação relevante sobre subgrupos de pacientes que requerem serviços especializados	3,9±3,1	3,5±2,8	3,6±3,5	3,2±3,1	2,4±2,2	2,6±1,4	5,9±3,6	5,9±2,6	3,8
Integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas	Planos terapêuticos dos pacientes	3,6±3,3		3,8±3,6		3,0±1,7		6,7±3,2		
	Informando pacientes sobre protocolos	3,4±2,2		3,9±4,0		3,3±2,5		5,6±3,6		
	Registros ou sistemas de informação	4,5±2,9		4,2±3,4		3,1±2,5		6,3±3,3		
	Programas comunitários	2,7±2,4		3,4±3,5		1,4±1,2		5,4±3,7		
	Plano organizacional para atenção às doenças crônicas	3,8±2,8	3,4±2,3	3,6±3,6	4,0±3,5	2,5±1,6	2,9±1,5	5,8±3,3	5,8±3,0	4,0
	Rotina de monitoramento para consultas, avaliação do paciente e planejamento de metas	4,2±3,5		4,3±3,7		2,9±2,5		6,8±2,4		
	Diretrizes para a atenção às doenças crônicas	2,1±1,7		4,8±4,0		4,4±3,6		5,1±3,5		

* média de cada componente; #média da dimensão.

6.3.1 - CAIMI Dr. Paulo Lima.

À primeira dimensão denominada de Organização da Atenção à Saúde, a qual se relaciona a estruturação de políticas ou gestão de programas afirmam que a gestão efetiva, prioriza o cuidado às condições crônicas. O CAIMI Dr. Paulo Lima obteve uma média parcial de $5,0 \pm 1,9$ pontos, indicando uma (capacidade básica) nesta dimensão (Tabela 7). O item com a pontuação mais alta nesse constructo foi em Benefícios e Incentivos, os quais podem ser de origem econômica e/ou morais (escore $6,0 \pm 2,5$ pontos), demonstrando que a gestão institucional tem interesse na realização do autocuidado aos pacientes por meio dos profissionais de saúde bem como a integralidade na oferta dos serviços institucionais. Entretanto, o item com a pontuação mais baixa (escore $3,8 \pm 0,8$ pontos) foi em relação a Liderança organizacional do sistema par atenção às doenças crônicas, evidenciando que não existem recursos específicos para executar as ações previstas.

A segunda dimensão avaliada foi Recursos da Comunidade, o qual é determinado pela cooperação entre as instituições de saúde e os recursos comunitários, pois apresentam um importante papel na gestão de condições crônicas. Após a análise identificou-se que o CAIMI Dr. Paulo Lima apresentou uma média parcial de $4,1 \pm 2,5$ pontos, o que é interpretado como capacidade básica nesta dimensão. É importante salientar que o item com a maior média parcial foi em Parcerias com as Organizações Comunitárias (escore $4,3 \pm 2,8$ pontos), demonstrando que estavam sendo consideradas, mas não implementadas. Em contraste, o item com a média parcial menor (escore $3,8 \pm 2,9$ pontos) referiu-se aos Planos de Saúde Regionais ou Locais, informando que ocorreram algumas abordagens sobre recursos, medidas ou direitos dos usuários quanto à atenção às condições crônicas, mas não houve implementações para este item.

Em relação à dimensão Apoio ao Autocuidado efetivo que se trata em orientar os usuários e seus familiares a lidarem com os desafios inerentes às condições crônicas de modo a prevenir complicações e crises agudas decorrentes das doenças, o CAIMI Dr. Paulo Lima pontuou uma média parcial de $4,9 \pm 2,6$, apontando uma capacidade básica nesta dimensão. Porém, encontrou-se as Intervenções Efetivas para Mudança de Comportamento e Grupos de Apoio, com as intervenções limitadas a distribuição de panfletos, livretos e outras informações escritas, sendo o item com a média parcial mais elevada (escore $5,2 \pm 3,2$ pontos). Em divergência, com o item de média parcial mais baixo (escore $4,3 \pm 3,3$ pontos) apresentou-

se o Apoio ao Autocuidado, que indicou a disponibilização de grupos locais e/ou associações que prestam orientação com educadores treinados.

Relativo à dimensão do Suporte às Decisões, o qual determina que o manejo efetivo de doenças crônicas deva assegurar que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidências e validadas para apoiarem às decisões clínicas na atenção aos pacientes, o CAIMI Dr. Paulo Lima alcançou uma média parcial de $3,7 \pm 3,0$ pontos, demonstrando uma capacidade básica no suporte às decisões. Em relação ao item deste componente com a média parcial maior ($4,0 \pm 3,4$ pontos) foi, Envolvimento dos Especialistas na Melhoria da Atenção Primária, demonstrando o envolvimento dos especialistas na implementação das diretrizes na instituição. Contudo, em relação ao item com a média parcial menor ($3,3 \pm 3,1$ pontos) foi Informação aos Pacientes sobre as Diretrizes, evidenciando que estavam disponíveis, mas não eram integradas às necessidades da instituição.

Na análise da dimensão do Desenho do Sistema de Prestação de Serviços que diz respeito à gestão efetiva, foi demonstrado apenas o acréscimo de várias intervenções aos serviços disponíveis não é suficiente para uma mudança na gestão, e é necessário um realinhamento do sistema de serviços prestados direcionados às condições crônicas. À vista disso, o CAIMI Dr. Paulo Lima apresentou a média parcial de $4,7 \pm 2,4$ pontos, interpretado como básica capacidade nesta dimensão. Além disso, o item de Consultas Planejadas para Atenção às Doenças Crônicas indicou que existem essas opções aos pacientes que demonstram interesse no autocuidado, onde foi à média parcial mais elevada de ($6,3 \pm 4,1$ pontos). Em contrapartida, os itens com as médias parciais mais baixas de ($3,7 \pm 2,6$ pontos) foram em Liderança das Equipes de Saúde, onde a mesma foi assumida pela organização e possui atribuições específicas no organograma da instituição, mas não eram vinculadas às condições crônicas e Monitoramento ($3,7 \pm 2,9$ pontos) identificando que este é programado de acordo com as diretrizes estabelecidas.

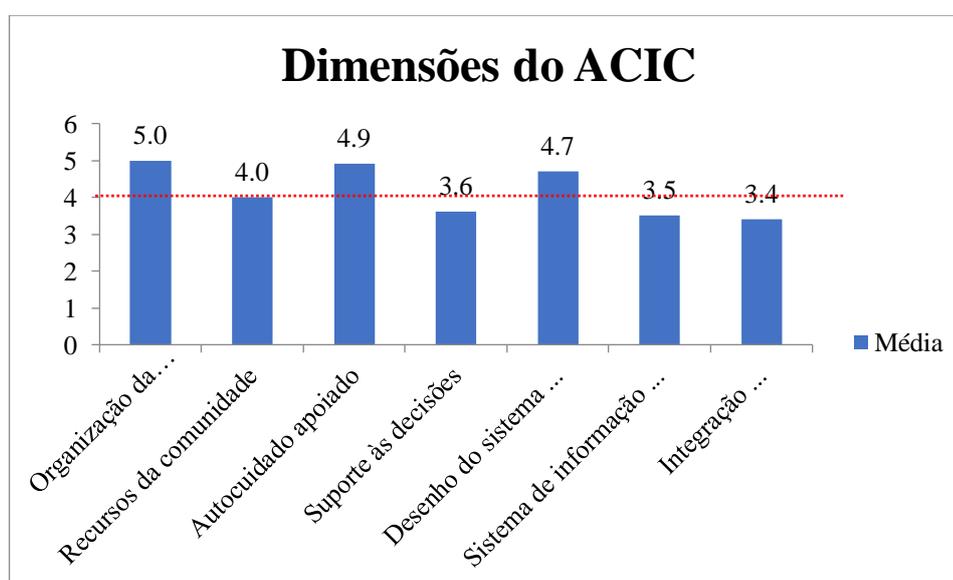
A sexta dimensão Sistemas de Informação Clínica, a qual determina que as informações úteis e oportunas devam ser armazenadas de forma individualizada por pacientes e por populações de pacientes com condições crônicas, com a finalidade de auxiliar os programas efetivos a serem implementados, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais de condições crônicas. O CAIMI Dr. Paulo Lima em sua avaliação demonstrou a média parcial de $3,5 \pm 2,8$ pontos, apontando uma capacidade básica nos sistemas de informação clínica. Não obstante, a média parcial mais alta dos itens foi $4,2 \pm 3,2$ pontos sendo em Alerta aos Profissionais, o qual apontou que ocorrem notificações gerais sobre a existência

de condições crônicas, mas não descrevem as indicações necessárias aos profissionais de saúde no momento da consulta ou atendimento. Em contrapartida, o item com a média parcial mais baixa de $(2,5 \pm 2,3$ pontos) foi em Registro, indicando que não estava disponível até o momento da realização do estudo.

Finalizando a avaliação do ACIC temos a Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, o qual define que aos sistemas de saúde efetivos, devem integrar e combinar todos os elementos do modelo citados anteriormente. Perante isso, o CAIMI Dr. Paulo Lima apontou uma média parcial de $3,4 \pm 2,3$ pontos, indicando uma capacidade básica relacionada à integração dos componentes avaliados anteriormente. Em relação ao item com a média parcial mais elevada ($4,2 \pm 3,5$ pontos) foi referente a Rotina de Monitoramento para Consultas, Avaliação do Paciente e Planejamento de Metas, indicando que foi realizado esporadicamente apenas quando solicitado. Em contraste, a média parcial menor dos itens foi ($2,7 \pm 2,4$ pontos) em Programas Comunitários, demonstrando que não há retroalimentação do sistema da instituição a respeito do progresso dos idosos hipertensos em seus programas.

Assim sendo, concluiu-se que o CAIMI Dr. Paulo Lima alcançou na avaliação da capacidade institucional para atenção as condições crônicas a média final de 4,2 pontos, que segundo o escore do ACIC indica uma Capacidade Institucional Básica para Atenção às Condições Crônicas, relacionada aos Idosos Hipertensos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Dimensões do ACIC no CAIMI Dr. Paulo Lima



6.3.2 - CAIMI Dr. André Araújo.

Conforme a tabela 7, o CAIMI Dr. André Araújo demonstrou na dimensão Organização da Atenção à Saúde, que se ancora na capacidade de apoiar ostensivamente a melhoria da assistência em todos os níveis da organização, a começar pelos profissionais de saúde, promovendo estratégias efetivas de melhoria da qualidade dos serviços prestados, a instituição obteve a média parcial de $5,2\pm 3,4$ pontos básica capacidade. O item deste componente com a maior média ($5,8\pm 4,1$ pontos) foi Autoridades Institucionais, indicando que a instituição trata a atenção às condições crônicas juntamente com outras doenças, mas não como sendo uma prioridade. Em contrapartida, Metas Organizacionais para a Atenção às Doenças Crônicas apresentou que as mesmas existem, mas não era examinada regularmente, esta foi o item com a média mais baixa sendo ($4,6\pm 4,0$ pontos).

Na avaliação da dimensão dos Recursos da Comunidade, o qual se recomenda construir parcerias com organizações comunitárias para apoiar e desenvolver intervenções que preencham lacunas nos serviços de saúde. O CAIMI Dr. André Araújo obteve a média parcial de $3,5\pm 3,5$ pontos, apontando uma capacidade básica para os recursos da comunidade. Contudo, a média parcial mais elevada nos itens foi de ($4,2\pm 4,1$ pontos), sendo nos Planos de Saúde Regionais ou Locais esta instituição indica que há abordagens de orientação sobre os recursos, medidas ou direitos dos idosos quanto à atenção às condições crônicas, mas não programaram as mudanças. Em contraste, o item com a média parcial mais baixa de ($3,0\pm 3,2$ pontos) foi Parcerias com as Organizações Comunitárias, mostrando que estas foram consideradas, mas não haviam sido implementadas até o momento do estudo.

A dimensão do Autocuidado Apoiado, que se define em desenvolvimentos e habilidades no auto monitoramento dos idosos. Assim, o CAIMI Dr. André Araújo apresentou a média parcial de $5,6\pm 3,4$ pontos, evidenciando uma capacidade básica no autocuidado apoiado. O item com maior pontuação neste componente foi, Suporte Psicossocial aos Pacientes e Familiares, mostrando que este era incentivado e apoiado por grupos de apoio e programas tutoriais que estavam disponíveis, a média parcial obtida foi de ($6,2\pm 4,2$ pontos). Em contraste, a Avaliação e Documentação das Necessidades de Autocuidado e Atividades Realizadas, constatou que não haviam sido desenvolvidas e que a média parcial atingida foi de ($5,0\pm 4,1$ pontos).

Em relação ao Suporte às Decisões, o qual determina que deva ser imprescindível usar metodologias tecnicamente confiáveis para elaboração ou adaptação de novas diretrizes no sistema de saúde. O CAIMI Dr. André Araújo obteve a média parcial de $3,4\pm 3,8$ pontos,

indicando uma capacidade básica nesta dimensão. Bem como, o item de Diretrizes Baseadas em Evidências as quais estavam disponíveis, mas não haviam sido integradas ou adaptadas às necessidades da instituição até o presente estudo, tendo, portanto, a média parcial de $(5,0 \pm 3,5)$ pontos). Em contrapartida, a média parcial mais baixa foi de $(4,0 \pm 4,1)$ pontos) sendo na Informação aos Pacientes sobre as Diretrizes, indicando que as informações são feitas quando requeridas ou através de publicações em painéis de informativos.

Avaliando o Desenho do Sistema de Prestação de Serviços, que está relaciona-se em assegurar a atenção proativa e o acompanhamento periódico dos idosos portadores de condições crônicas. Indicou que o CAIMI Dr. André Araújo atingiu a média parcial de $4,5 \pm 4,0$ pontos, evidenciando uma capacidade básica em relação a esta dimensão. Assim o item com a média parcial de $(5,4 \pm 4,4)$ pontos), foi Sistema de Agendamento, o qual assegura o monitoramento dos idosos portadores de condições crônicas, através de consultas periódicas. Por outro lado, os itens com as pontuações mais baixas foram Liderança das Equipes, apontando que estas eram assumidas pela instituição, mas para papéis específicos e o Monitoramento que era realizado apenas quando solicitado pelos idosos, às médias parciais foram $(4,0 \pm 4,6)$ pontos e $4,0 \pm 4,4$ pontos) respectivamente.

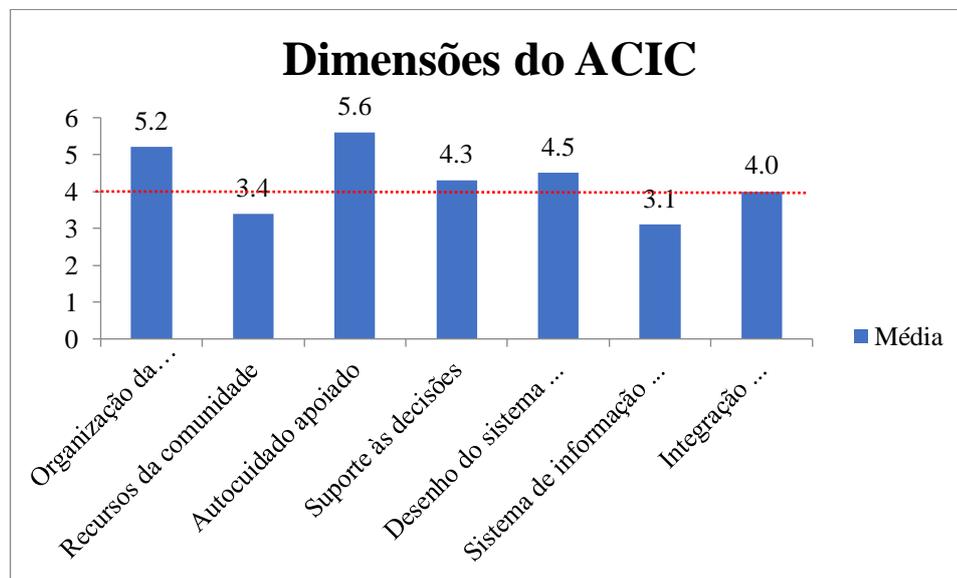
Dessa forma, o modelo de atenção às condições crônicas recomenda que para aperfeiçoar o planejamento da atenção aos idosos é necessário um Sistema de Informação Clínica efetivo, com informações compartilhadas sobre os usuários e os profissionais de saúde sobre o desempenho de ambos. Assim, neste componente o CAIMI Dr. André Araújo obteve uma média parcial de $3,2 \pm 3,1$ pontos, indicando que uma capacidade básica no sistema de informação clínica. Bem com o item com a média mais alta $(3,8 \pm 3,6)$ pontos), sendo Planos Terapêuticos dos Pacientes, que foram identificados como sendo realizados em forma de abordagens padronizadas. Em contrapartida, o item com a média parcial mais baixa de $(2,0 \pm 2,4)$ pontos) foi Registro, indicando como indisponível até o momento da avaliação.

Após a avaliação com o aspecto da Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, observou-se que o CAIMI Dr. André Araújo obteve uma média parcial de $4,0 \pm 3,5$ pontos, demonstrando uma capacidade básica em relação à integração dos componentes. Ressaltando, que o item com o escore mais elevado $(4,8 \pm 4,0)$ pontos) foi nas Diretrizes para a Atenção às Doenças Crônicas, indicando que as mesmas eram entregues aos idosos que expressam interesses em seu autocuidado. De outra forma, o item com escore mais baixo $(3,4 \pm 3,5)$ pontos) foi Programas Comunitários, afirmando que

retroalimentavam esporadicamente o progresso dos pacientes em reuniões conjuntas entre os profissionais de saúde e as organizações comunitárias.

Portanto, o CAIMI Dr. André Araújo obteve em sua avaliação do ACIC a média final foi de 4,2 pontos sendo classificada segundo o escore entre “3” e “5”, ou seja, uma instituição com Capacidade Básica para Atenção às Condições Crônicas, relacionada aos Idosos com HAS (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Dimensões do ACIC no CAIMI Dr. André Araújo



6.3.3 - CAIMI Ada Rodrigues Viana.

Na avaliação do CAIMI Ada Rodrigues Viana a primeira dimensão Organização da Atenção à Saúde, o qual tem a finalidade de incentivar o tratamento transparente e sistemático solucionando os equívocos e as fragilidades da qualidade na atenção ofertada. Apresentou o CAIMI Ada Rodrigues Viana uma média parcial de $(5,2 \pm 1,4)$ pontos), indicando uma capacidade básica para nesta dimensão (Tabela 7). Por outro lado, o item com a média parcial mais alta $(6,6 \pm 2,3)$ pontos) foi Autoridades Institucionais, indicando que a gestão encorajou melhorias para atenção às condições crônicas. Em contraste, o item com a média parcial mais baixa $(3,9 \pm 1,7)$ pontos) foi Políticas e Incentivos para a Atenção às Doenças Crônicas, os quais eram usados para controlar a utilização de serviços e custos na atenção às condições crônicas.

A análise dos Recursos da Comunidade se conceitua em ações de incentivos aos idosos na participação de programas comunitários efetivos e em políticas de melhorias para os

centros comunitários. O CAIMI Ada Rodrigues Viana atingiu uma média parcial de $3,0 \pm 1,7$ pontos, demonstrando uma capacidade básica para os recursos da comunidade. O item com a média parcial mais elevado ($3,1 \pm 2,7$ pontos) foi Parcerias com as Organizações Comunitárias, demonstrando que estão sendo consideradas, mas não haviam sido implementadas até o momento do estudo. Em contrapartida, a média parcial mais baixa ($2,9 \pm 2,7$ pontos) foi Associar os Pacientes com Recursos da Comunidade, indicando que não é realizada sistematicamente.

A avaliação da terceira dimensão do Autocuidado Apoiado tem o intuito de garantir a participação do paciente no processo de atenção, bem como negociar objetivos com os idosos para a mudança de comportamento de saúde específicos moderados. O CAIMI Ada Rodrigues Viana alcançou uma média parcial de $6,5 \pm 2,2$ pontos, apontando uma capacidade razoável no autocuidado apoiado. Assim, o item com a média parcial maior ($8,4 \pm 2,7$ pontos) foi Intervenções Efetivas para Mudança de Comportamento e Grupos de Apoio, a qual foi considerada estando disponível somente por referência a centros especializados onde se encontram profissionais de saúde capacitados. Além disso, temos o item com a média parcial menor ($5,3 \pm 3,5$ pontos) sendo Avaliação e Documentação das Necessidades de Autocuidado e Atividades Realizadas, as quais foram demonstradas em processo de desenvolvimento.

No que diz respeito ao Suporte às Decisões, o qual se destina a divulgação de diretrizes com base em evidências científicas e na inclusão das mesmas no cotidiano. Diante disso, o CAIMI Ada Rodrigues Viana teve uma média parcial de $3,3 \pm 1,5$ pontos, evidenciando uma capacidade básica para nesta dimensão. Portanto, o item com a média parcial mais elevada ($4,0 \pm 2,3$ pontos) foi Envolvimento de Especialistas na Melhoria da Atenção Primária, indicando que os especialistas se envolvem contribuindo com o sistema de implementação de diretrizes. Em contraste, o item com a média parcial mais baixa de ($2,5 \pm 2,1$ pontos) foi Educação das Equipes em Atenção às Doenças Crônicas demonstrando que é feita sistematicamente através de métodos tradicionais.

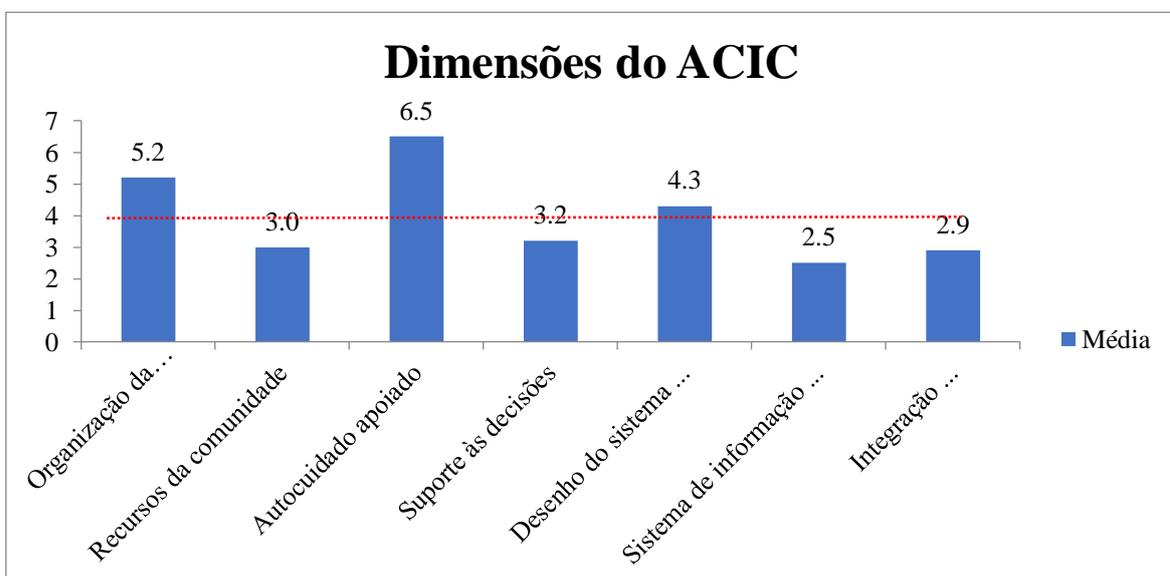
Na análise da dimensão Desenho do Sistema de Prestação de Serviços, o qual diz respeito, a oferta da atenção aos idosos de forma clara e adaptável culturalmente, o CAIMI Ada Rodrigues Viana obteve uma média parcial de $4,3 \pm 1,4$ pontos, demonstrando uma capacidade básica para nesta dimensão. Contudo, o item com a média parcial mais elevada ($5,3 \pm 3,3$ pontos) foi Sistema de Agendamento, o qual assegura o monitoramento através de consultas periódicas. Do contrário, o item com a média do parcial mais baixa ($2,9 \pm 2,5$ pontos) foi Monitoramento o qual não era realizado até o momento do estudo.

Em relação à dimensão Sistemas de Informação Clínica, que para serem considerados eficazes devem ser capazes de identificar subpopulações que necessitem de atenção preventiva. Dessa forma, o CAIMI Ada Rodrigues Viana obteve uma média parcial de $2,6 \pm 1,4$ pontos, apontando uma capacidade limitada nesta dimensão. Entretanto, o item com a média parcial mais elevada ($3,3 \pm 2,5$ pontos) foi Alerta aos Profissionais, indicando que é feito de forma irregular e impessoal. Por outro lado, o item com a média parcial mais baixa ($1,9 \pm 1,8$ pontos) foi Retroalimentação (“feedback”) demonstrando que estava indisponível até o momento da avaliação.

Portanto, finalizando a avaliação do CAIMI Ada Rodrigues Viana a dimensão Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, obteve uma média parcial de $2,9 \pm 1,5$ pontos, indicando uma capacidade limitada para a integração dos componentes. Além de disso, o item com a média parcial mais elevada ($4,4 \pm 3,6$ pontos) foi Diretrizes para a Atenção às Doenças Crônicas, as quais são entregues aos idosos que demonstram interesse em sua condição e apoio ao autocuidado. Em contrapartida, o item com a média parcial mais baixa ($1,4 \pm 1,2$ pontos) foi Programas Comunitários, assinalando que não há retroalimentação no sistema da instituição a respeito do progresso dos idosos em programas comunitários.

Diante do exposto, o CAIMI Ada Rodrigues Viana obteve a média final de 4,0 pontos no ACIC ocupando o escore entre “3” e “5”, no qual a classifica com uma instituição com Capacidade Básica para Atenção às Condições Crônicas, relacionada aos Idosos com HAS (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Dimensões do ACIC no CAIMI Ada Rodrigues Viana



6.3.4 - Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA.

No processo de conclusão da coleta de dados avaliou-se a Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA, no qual evidenciou que a dimensão Organização da Atenção à Saúde obteve a média parcial de $6,4 \pm 1,9$ pontos, indicando uma capacidade razoável nesta dimensão (Tabela 7). Contudo, o item com a maior média parcial mais elevada ($7,2 \pm 2,1$ pontos) relacionou-se a Benefícios e Incentivos (econômicos e morais) constatando que os profissionais de saúde encorajam o autocuidado aos idosos e as mudanças sistêmicas. De outro modo, as médias parciais mais baixas encontradas foram ($5,9 \pm 2,7$ pontos) em Metas Organizacionais para a Atenção às Doenças Crônicas, evidenciando que existem, mas não são revistas regularmente e em Liderança organizacional do sistema para atenção às doenças crônicas ($5,9 \pm 2,4$ pontos) demonstrando que não existiam recursos específicos para executar as ações previstas.

Na avaliação da segunda dimensão Recursos da Comunidade a Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA obteve a média parcial de $5,3 \pm 3,5$ pontos, mostrando uma capacidade básica para os recursos da comunidade. A média parcial mais elevada ($5,6 \pm 3,6$ pontos) foi em Parcerias com as Organizações Comunitárias, estavam sendo consideradas, mas não haviam sido implementadas. Além disso, o item com a média parcial mais baixa ($4,2 \pm 4,0$ pontos) foi em Associar os pacientes com recursos da comunidade, demonstrando que esta associação estava limitada a uma lista que identificava os recursos comunitários num formato acessível aos usuários.

A dimensão Autocuidado Apoiado, referente às orientações administradas aos idosos hipertensos e seus familiares sobre o enfrentamento dos desafios do convívio às condições crônicas, obteve a média parcial de $6,8 \pm 2,9$ pontos, demonstrando uma capacidade razoável. Contudo, vale ressaltar que as Intervenções Efetivas para Mudança de Comportamento e Grupos de Apoio, estavam disponíveis somente por meio de referência a centros especializados com pessoal capacitado, sendo este o item com a média parcial mais elevada ($7,6 \pm 2,9$ pontos). Por outro lado, o item com a média parcial mais baixa ($6,1 \pm 3,6$ pontos), relacionado ao Apoio ao Autocuidado, demonstrando que o apoio era oferecido por meio de educadores em saúde capacitados os quais eram designados para orientar os idosos em como conviver com a doença, evitando complicações agudas.

Na avaliação da quarta dimensão Suporte às Decisões, este afirma que o suporte efetivo às condições crônicas assegura que os profissionais de saúde devam ter acesso a informações baseadas em evidências para apoiarmos idosos portadores de HAS. Assim, a

Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA alcançou uma média parcial de $6,0 \pm 2,9$ pontos, pontuando uma capacidade razoável para o suporte às decisões. Sendo, que o item com a média parcial mais alta ($6,6 \pm 3,3$ pontos) foi Envolvimento de Especialistas na Melhoria da Atenção Primária, significando que os especialistas participam do processo de educação permanente das equipes de atenção primária em saúde. Em contrapartida, o item que obteve a média parcial mais baixa ($5,4 \pm 3,2$ pontos) foi em Informação aos Pacientes sobre as Diretrizes, o qual era realizado apenas quando os idosos solicitavam.

Na avaliação da dimensão Desenho do Sistema de Prestação de Serviços, que se relaciona ao realinhamento do cuidado focado às condições crônicas, a Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA alcançou a média parcial de $6,5 \pm 2,5$ pontos, indicando uma capacidade razoável para nesta dimensão. Notou-se que a pontuação mais elevada nos itens foi ($6,9 \pm 2,9$ pontos), estando relacionadas à Liderança das equipes de saúde, ou seja, a designação do líder é assegurada, mas o papel para a atenção às doenças crônicas não está definido. Do contrário, o item com a pontuação mais baixa ($5,9 \pm 2,9$ pontos), destinou-se ao Sistema de Agendamento que se organizou apenas para os atendimentos de urgência e para algumas situações programadas.

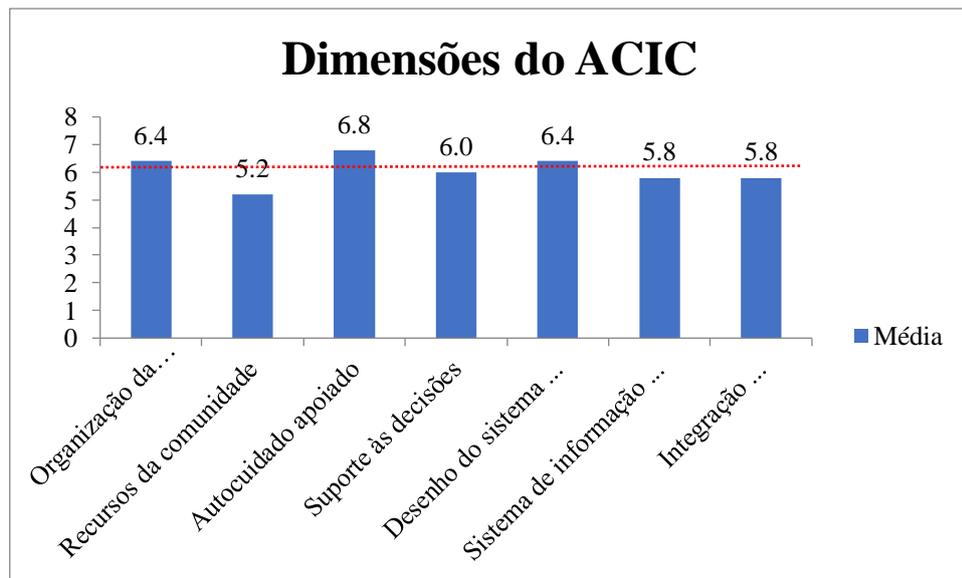
Em relação à sexta dimensão Sistema de Informação Clínica, recomenda-se que haja informações úteis que possam ser utilizadas para o planejamento de novas políticas nas melhorias às condições crônicas. Entretanto, a Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA obteve uma média parcial de $5,9 \pm 2,6$ pontos, assinalando uma capacidade básica nesta dimensão. Por outro lado, o item com a média parcial mais elevada ($6,7 \pm 3,2$ pontos), sendo nos Planos Terapêuticos dos Pacientes, demonstrando que os planos eram realizados em conjunto pelos profissionais de saúde e pelos idosos portadores de HAS e que também incluíam metas clínicas. Entretanto, os itens com as pontuações mais baixas foram, Registro, demonstrando que os mesmos incluíam nome, diagnóstico, informação de contato e data da última consulta, em papel e Alerta aos profissionais, evidenciando que os alertas incluíam a notificação geral sobre a existência das condições crônicas, mas não descrevia as indicações necessárias ao profissional no momento do atendimento clínico, assim as médias parciais foram ($5,3 \pm 3,0$ e $5,3 \pm 2,9$ pontos), respectivamente.

Assim, finalizando a análise com a dimensão Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, encontrou-se que a Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA obteve uma média parcial de $5,8 \pm 3,0$ pontos, indicando uma capacidade básica na integração dos componentes. O item com a média parcial mais elevada ($6,8 \pm 2,4$ pontos) foi

Rotina de Monitoramento para Consultas, Avaliação do Paciente e Planejamento de Metas, indicando que foram realizadas esporadicamente. Contudo, o item com a média parcial mais baixa ($5,2 \pm 3,6$ pontos) foi Diretrizes para a Atenção às Doenças Crônicas, demonstrando que as diretrizes clínicas são oferecidas apenas aos idosos que demonstram interesse no autocuidado apoiado a hipertensão (Tabela 7).

Portanto, a Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA obteve em sua avaliação da capacidade institucional uma média final de 6,1 pontos, que segundo o escore do ACIC a classifica com uma Capacidade Razoável para Atenção às Condições Crônicas (Gráfico 4), relacionada aos idosos hipertensos.

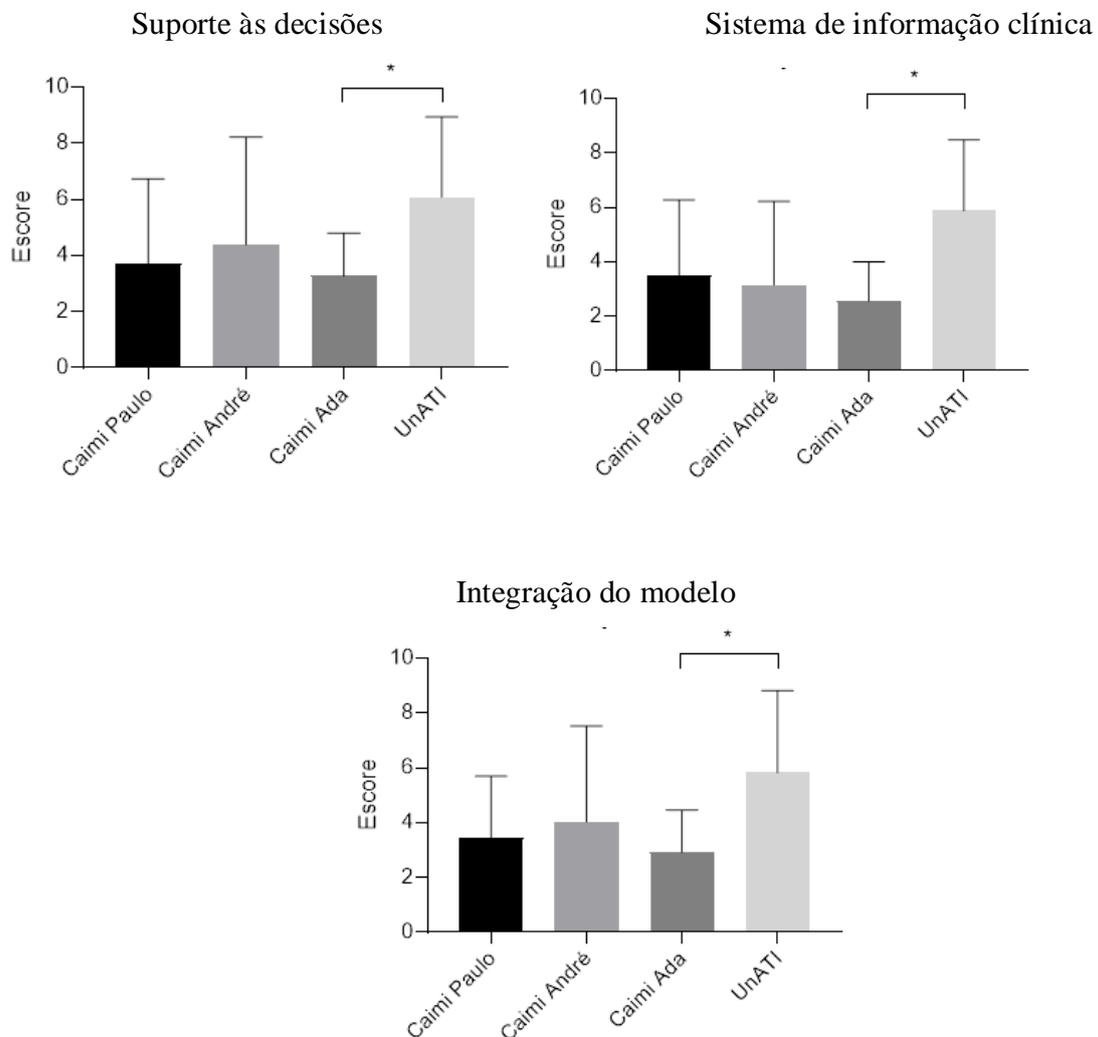
Gráfico 4 - Dimensões do ACIC na Policlínica Gerontológica da UnATI/UEA



6.4 Comparações das instituições

A análise comparativa entre as instituições avaliadas demonstrou ausência de disparidade nos seguintes componentes: Organização da Atenção à saúde ($p=0,29$), Recursos da comunidade($p=0,23$),Autocuidado apoiado($p=0,35$) e Desenho do sistema de prestação de serviços ($p=0,12$).

Observou-se diferenças significativas nos seguintes componentes: Suporte às decisões ($p=0,05$), Sistema de informação clínica (0,006) e Integração dos componentes do Modelo de atenção às condições crônicas (0,04) .

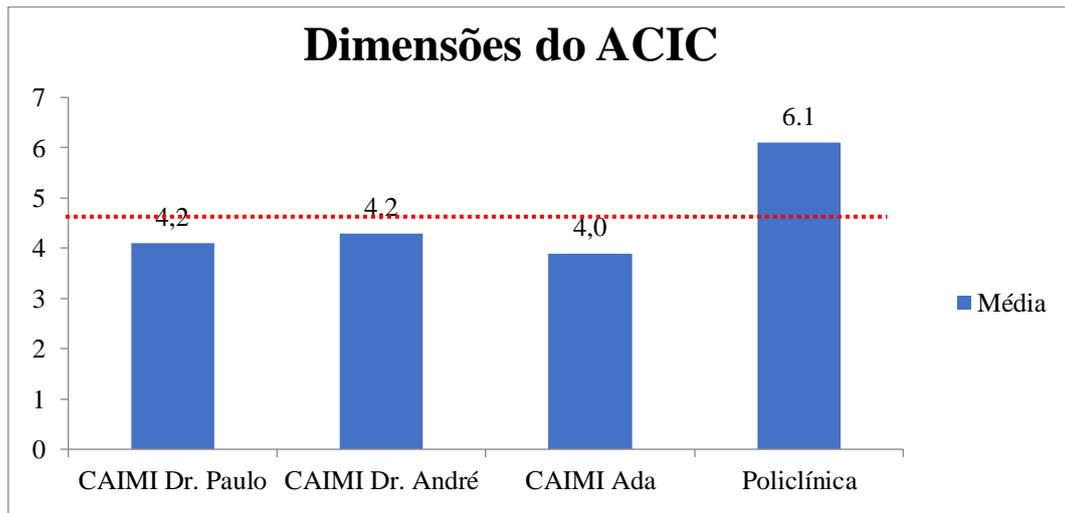


Analisando os CAIMI's Dr. Paulo Lima, Dr. André Araújo e Ada Rodrigues Viana evidenciou-se que estes demonstraram uma capacidade básica para atenção às condições crônicas com as médias finais de 4,2; 4,2 e 4,0, respectivamente. Divergindo da Policlínica

Gerontológica da UnATI/UEA que apresentou uma média final de 6,1 alcançando uma capacidade razoável para atenção às condições crônicas (Figura 8).

Portanto, avaliou-se que a cidade de Manaus apresentou uma capacidade Básica para atenção às condições crônicas relacionadas aos idosos hipertensos.

Figura 4- Dimensões do ACIC da amostra



7 DISCUSSÃO

Os principais achados desse estudo referem-se à identificação das principais fragilidades e potencialidades apresentadas nas instituições amazonenses que possuem como público a população idosa. Os dados demonstram que estes centros de assistência possuem básica capacidade instituições de assistência e manejo das condições crônicas, mais especificamente, a hipertensão arterial. A hipertensão foi escolhida como doença norteadora de acordo com sua alta prevalência nessa população alvo e como um grande fator de risco para outras patologias, como acidente vascular cerebral, por exemplo.

Desvelando as dimensões contidas no instrumento utilizado para a avaliação, o ACIC, observou-se uma sutil variação entre as instituições no tocante às médias parciais obtidas em cada um dos componentes: organização da atenção à saúde; recursos da comunidade; autocuidado apoiado; suporte às decisões; desenho do sistema de prestação de serviços; sistema de informação clínica e integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas.

A básica capacidade institucional no componente Organização do Sistema de Saúde representa as dificuldades de articulação em redes de assistência e estruturação de políticas e programas que permitam um cuidado orientado e mais enfático para as condições crônicas. Observou-se que as lideranças organizacionais dos Serviços atentam para as condições crônicas, mas que não existem recursos específicos para executar ações e que as doenças crônicas são administradas em conjuntos com outras enfermidades, e não como uma prioridade.

Estudos baseados na avaliação da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas que utilizaram ACIC corroboram com os achados na primeira dimensão. Segundo Leal (2014), em avaliação realizada no norte de Portugal com os médicos e enfermeiros de dez Unidades de Saúde Familiar e treze Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas, concluiu que o recebimento de incentivos no cumprimento de metas relacionadas à diminuição do agravamento das DCNT refletiu uma postura positiva nos profissionais de saúde (LEAL, 2014), o que demonstra um movimento estratégico pela gestão em gerar uma mudança de comportamento e prática assistencial.

Costa, Cazola e Tamaki (2016) realizaram estudo semelhante entre os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Campo Grande (MS) e concluíram que a organização da atenção à saúde é primordial na oferta dos serviços, afetando diretamente a interdisciplinaridade dos profissionais de saúde (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016). A clareza relacionada à visão institucional, quando esta imprime a importância do cuidado aos usuários com DCNT, amplifica a possibilidade de gerar ações individuais pelos profissionais de saúde em prol da integralidade da assistência.

A dimensão Recursos da Comunidade entre as instituições e os serviços comunitários obteve um dos menores escores no estudo realizado. Essa dimensão apresenta a capacidade de articulação do serviço com as associações de bairro, igrejas, escolas e organizações não governamentais, assim como a incorporação de planos de saúde regionais e/ou locais. Alguns autores têm demonstrado que parcerias insuficientes com a comunidade não oportunizam o suporte necessário aos usuários (LEAL, 2014; MACHADO, 2018; MOYSÉS; FILHO; MOYSÉS, 2013). A avaliação deste quesito demonstrou que existe uma dificuldade em captação de parcerias por outros meios que não sejam provenientes de repasses governamentais.

A terceira dimensão mensurada relaciona-se a capacidade resolutiva e de manejo alcançada no nível de atenção das Unidades de Saúde. Este item apresenta-se dividido em apoio

para o autocuidado e desenho da linha de cuidado e obteve o maior escore na pontuação final. Algumas estratégias observadas no processo de coleta de dados evidenciam a busca institucional em incentivar o autocuidado pelos usuários, pois se constatou a presença de grupos de terapia psicológica, terapias em grupos, palestras sobre o autocuidado, visando a mudanças de comportamento e a busca pelo envelhecimento ativo, bem como aulas de *Tai Chi Chuan* e outras práticas de atividade física.

Moysés, Filho e Moysés (2013); Costa, Cazola e Tamaki (2016) e Ribeiro (2018) apontam que o maior conhecimento do usuário em relação às condições crônicas, um maior acolhimento de suas preocupações e de seus familiares e a implementação de intervenções efetivas, contribuem efetivamente para uma mudança de comportamento dos indivíduos em relação a sua condição de saúde. (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016; MOYSÉS; FILHO; MOYSÉS, 2013; RIBEIRO, 2018).

Em virtude disso, vale salientar que o Autocuidado apoiado é uma potencialidade em razão dos métodos adotados pelos profissionais de saúde. Por outro lado, o Suporte às decisões mostrou-se em processo de aperfeiçoamento, pois ainda não se apresentava amplamente ancorado em diretrizes baseadas em evidências. Evidenciou-se que as instituições se encontravam em permanente busca de melhorias, salientado a iniciativa do planejamento para adaptações das políticas de saúde, porém, ainda em processo de implantação. Apesar de constante atualização de diretrizes clínicas pelas sociedades brasileiras de cada especialidade, esses guias ainda não possuem integral aplicação nos serviços de saúde.

Conforme discriminado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o avanço tecnológico na área da saúde proporciona inúmeras opções diagnósticas e terapêuticas para o cuidado à saúde. Entretanto, esta variabilidade não necessariamente está relacionada às melhores práticas assistenciais e às melhores opções de tratamento. A aplicação de protocolos clínicos permite a implementação de recomendações válidas preconizadas nas diretrizes clínicas, padronizando o fluxo e as principais condutas diagnósticas e terapêuticas para o agravo selecionado. A aplicação das recomendações das diretrizes clínicas por meio de protocolos clínicos aumenta a efetividade na assistência assim como a segurança (BRASIL, 2012).

O componente Desenho da linha de cuidado contempla a definição de que uma gestão efetiva das DCNT envolve mais do que acrescentar várias intervenções em um sistema ainda alicerçado em atendimentos de causas agudas ou emergências, mas reconhecer a necessidade de reestruturação pautada nas necessidades dos usuários: predominantemente doentes

crônicos. Os resultados do estudo demonstram que existe o replanejamento de algumas ações, mas elas ainda são centralizadas em algumas funções e profissionais específicos.

Adicionalmente, estratégias de articulação como a análise da situação de saúde; a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação; as ações de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo são igualmente importantes para superar para a implementação de um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida (BRASIL, 2014), e, portanto, baseado no cuidado integral, visando ao restauro da cidadania.

Relativamente ao Sistema de informação clínica, constatou-se que nenhuma das instituições possuía a implementação de um sistema de informação que contemple um prontuário eletrônico, o qual pode retardar a capacidade de monitoramento do usuário, e, conseqüentemente, diminuir a capacidade do cuidado. Estudos de Gomes (2019) e Souza (2018) realizados no Brasil, em Minas Gerais e Rio Grande do Sul, apresentaram em seus resultados que o prontuário eletrônico é uma ferramenta que melhorou o funcionamento da instituição de saúde, aumentando a qualidade e fortalecendo o processo de assistência, bem como proporcionando agilidade e segurança nos atendimentos. (GOMES et al., 2019; SOUZA et al., 2018).

A respeito da Integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas, verificou-se que este é fragmentado, corroborando com outros estudos apresentados (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016; LEAL, 2014; MACHADO, 2018; MOYSÉS; FILHO; MOYSÉS, 2013; RIBEIRO, 2018). Apesar da presença de uma equipe multiprofissional, ainda não se alcançou o nível da interdisciplinaridade. Uma das possíveis explicações são as altas demandas de usuários para poucos profissionais alocados em cada um dos centros de saúde.

Conforme os estudos de Costa, Cazola e Tamaki (2016) e Ribeiro (2018) realizados em Unidades Básicas de Saúde e na Estratégia Saúde da Família evidenciaram uma capacidade Razoável para atenção às condições crônicas (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016; RIBEIRO, 2018). Em contrapartida, Moysés, Filho e Moysés (2013); Leal (2014) e Machado (2018) concluíram que os serviços de saúde avaliados tinham uma capacidade básica para atenção às condições crônicas, por razões de fragilidades em algumas dimensões como: recursos da comunidade, suporte às decisões, sistema de informação clínica e integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas (LEAL, 2014;

MACHADO, 2018; MOYSÉS; FILHO; MOYSÉS, 2013), em sinergia com os dados apresentados em nosso estudo.

No quadro de profissionais, identificou-se que 60% dos profissionais possuíam formação em fisioterapia, enfermagem e psicologia. Entende-se que a presença desses profissionais nos centros de saúde esteja relacionada às demandas individuais desses usuários. Estudos de Guedes et al. (2019) e Pilatt, Nielsson e Schneider (2019) concluíram que a identificação precoce de alterações na marcha e a prática de exercícios físicos podem prevenir complicações de saúde e proporcionarem benefícios nos aspectos físicos, cognitivos e qualidade de vida dos idosos (GUEDES et al., 2019; PILLATT; NIELSSON; SCHNEIDER, 2019). Assim, Sousa e Andrade (2017) e Mota (2019) concluíram que os idosos que não praticam atividade física e são portadores de condições crônicas (hipertensão e diabetes) apresentam maiores incapacidades funcionais requerendo medidas reforçadas de assistência integral, principalmente de enfermagem (MOTA et al., 2019; SOUSA; ANDRADE, 2017). Desta maneira, Almeida; Mourão e Coelho (2019); Nunes et al., (2019) e Teixeira e Martins (2018) concluíram a relevância da psicologia na prevenção, diagnóstico e tratamento das alterações mentais, além de melhorias na saúde mental dos idosos (ALMEIDA; MOURÃO; COELHO, 2019; NUNES et al., 2019; TEIXEIRA; MARTINS, 2018).

Em relação às especializações *lato sensu* em gerontologia ou saúde pública ou saúde coletiva ressalta-se que foi presente em 69% na instituição 4 e 58% em outras áreas da saúde. Alguns estudos concluíram a relevância das especializações na área da saúde salientando que o conhecimento especializado abre caminhos para a construção da atenção diferenciada aos idosos (AGRELI et al., 2019; MENDONÇA et al., 2017; NOGUEIRA et al., 2019). Assim, como Pavarini et al. (2005) e Motta, Caldas e Assis (2008) abordaram que as especializações em Geriatria e Gerontologia eram uma das opções de preenchimento dessa lacuna nos serviços de saúde, ressaltando que as capacitações dos profissionais de saúde tornam-se cada vez mais solicitadas, em virtude das peculiaridades desta população (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008; PAVARINI et al., 2005).

Dentre as limitações do estudo ressalta-se a falta de tempo dos profissionais durante sua jornada de trabalho para a participação no processo de coleta de dados, apesar de ter sido estabelecido um agendamento prévio. Assim como o caráter de estudo transversal que limita a análise apenas em um único momento, sendo recomendados estudos posteriores. Além da perda amostral dos profissionais de saúde que não participaram ou não se encontravam nas

instituições, sendo este estudo uma amostra por conveniência. E por fim a escolha de apenas uma doença, no qual limita a avaliação das instituições de forma mais integral.

8 CONCLUSÃO

O ACIC foi um instrumento desenhado para o monitoramento da capacidade institucional dos serviços de saúde destinados a cuidados em longo prazo, ou seja, condições crônicas de saúde. Tendo o objetivo de apoiar os gestores dessas instituições na melhoria da atenção às condições crônicas. Assim sendo, as médias finais do ACIC poderão auxiliar os gestores das instituições de saúde nas melhorias da qualidade dos serviços prestados.

O objetivo de avaliar a capacidade para a atenção às condições crônicas nas instituições de saúde destinadas aos idosos e comparar os níveis de capacidade das respectivas instituições na cidade de Manaus – AM foi alcançada através dos dados primários obtidos, concluindo uma capacidade básica para às condições crônicas, todavia observou-se que as instituições de saúde estavam desenvolvendo estratégias de aperfeiçoamento na oferta do cuidado às condições crônicas.

Ressaltam-se como fragilidades as dimensões Recursos da comunidade, as quais precisam de aperfeiçoamento com os recursos disponíveis na comunidade; o Suporte às decisões com a implantação de diretrizes claras e direcionadas às condições crônicas sendo baseadas em evidências científicas; o Sistema de informação clínica onde é primordial os ajustes no sistema tecnológico com software de prontuários eletrônicos e a integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas, ressaltando a interdisciplinaridade nas respectivas instituições e como potencialidades a vasta experiência dos profissionais de saúde na atenção aos idosos, a capacitação das equipes por meio das especializações, a dedicação por melhorias através da organização da atenção a saúde das instituições, a expressiva atenção no autocuidado apoiado e as implementações realizadas no desenho do sistema de prestação de serviços.

Portanto, os achados deste estudo podem ser utilizados como parâmetros para implementação de melhorias nas instituições de saúde de Manaus-AM.

REFERÊNCIAS

- ACTON, K. et al. Improving diabetes care for American Indians. **Diabetes Care**, v. 16, n. 1, p. 372–375, 1993.
- AGRELI, H. F. et al. Efeito da educação interprofissional no trabalho em equipe e nos conhecimentos e manejos das condições crônicas. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 27, p. e3203, 2019.
- ALMEIDA, E.; MOURÃO, I.; COELHO, E. Saúde Mental em Idosos Brasileiros: Efeito de diferentes programas de atividade física. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2019.
- AMARAL, I. L. P. DA S. et al. Revisão: Adesão de idosos hipertensos ao tratamento farmacológico. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 2, p. 303–309, 2019.
- BAPTISTA, D. R. Modelo de cuidado crônico e diabetes mellitus: qualidade do atendimento, controle glicêmico, qualidade de vida e seus determinantes. **Universidade Federal do Paraná**, 2017.
- BARCELÓ, A. et al. **Cuidados inovadores para condições crônicas** Relatório Mundial/Organização Mundial Da Saúde, 2015.
- BARRETO, M. DA S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X**, v. 18, n. 1, p. 325–339, 2015.
- BONOMI, A. E. et al. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A practical tool to measure quality improvement. **Health Services Research**, v. 37, n. 3, p. 791–820, 2002.
- BORGES, G. M. Health transition in Brazil: regional variations and divergence / convergence in mortality. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. 1–15, 2017.
- BOWEN, J. L. et al. Assessing Chronic Illness Care Education (ACIC-E): A tool for tracking educational re-design for improving chronic care education. **Journal of General Internal Medicine**, v. 25, n. SUPPL. 4, p. 593–609, 2010.
- BRASIL. **Câmara de regulação do trabalho em saúde**, 2006.
- BRASIL. Planificação da atenção primária à saúde nos estados. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 23, p. 436 (CONASS Documenta, 23), 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Ministério da Saúde**, p. 1–7, 2012.
- BRASIL. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**, p. 160, 2014.

- BRASIL. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico** Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf>
- BRASIL, A. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2019b.
- CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa : possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1217–1229, 2013.
- CASARIL, C. M. C. et al. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (nasf-ab) diretrizes e processos. p. 1–56, 2018.
- CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2018.
- COSTA, K. C. DA. **Assessment of Chronic Illness Care (Acic): Avaliação Do Instrumento Na Estratégia Saúde da Família**, 2015.
- COSTA, K. C. DA; CAZOLA, L. H. DE O.; TAMAKI, E. M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 106–117, 2016.
- CRAMM, J. M.; NIEBOER, A. P. High-quality chronic care delivery improves experiences of chronically ill patients receiving care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 25, n. 6, p. 689–695, 2013.
- DINIZ, C. X. Mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços gerontológicos de saúde em Manaus (AM). **Universidade de São Paulo**, 2017.
- FREITAS, E. V. DE; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. **Guanabara Koogan**, v. 4, n. 9, p. 1–3639, 2017.
- GLASGOW, R. E. et al. Use of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) with diabetic patients. **Diabetes Care**, v. 28, n. 11, p. 2655–2661, 2005.
- GOMES, P. DE A. et al. Prontuário Eletrônico do Cidadão : Instrumento Para o Cuidado de Enfermagem. v. 11, n. 2003, p. 1226–1235, 2019.
- GUEDES, R. DE C. et al. Declínio da velocidade da marcha e desfechos de saúde em idosos: dados da Rede Fibra. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 304–310, 2019.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2019.
- KORFF, M. VON. Questionário de Avaliação da Atenção às Doenças Crônicas (ACIC - versão 3.5). **Group Health Coopertive**, 2000.
- LEAL, F. D. F. Diabetes Mellitus : Gestão de uma Doença Crônica num Agrupamento de

- Centros de Saúde da Região Norte. **Instituto Politécnico de Bragança**, 2014.
- MACHADO, S. C. M. **Educação em Diabetes Mellitus: uma parceira entre o clínico e o especialista** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2018.
- MAIA, A. G.; SAKAMOTO, C. S. The impacts of rapid demographic transition on family structure and income inequality in Brazil, 1981–2011. **Population Studies**, v. 70, n. 3, p. 293–309, 2016.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde Health care network. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**, 2012.
- MENDONÇA, F. T. N. F. DE et al. Educação em saúde com idosos: pesquisa-ação com profissionais da atenção primária. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 792–799, 2017.
- MILANI, R. V.; LAVIE, C. J. Health care 2020: Reengineering health care delivery to combat chronic disease. **American Journal of Medicine**, v. 128, n. 4, p. 337–343, 2015.
- MOTA, T. A. et al. Fatores associados à capacidade funcional de pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1, p. 1–7, 2019.
- MOTTA, L. B. DA; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. DE. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: A experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1143–1151, 2008.
- MOYSÉS, S.; FILHO, A. S.; MOYSES, S. 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. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.
- MOYSÉS, S. T.; FILHO, A. D. S.; MOYSÉS, S. J. A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. **organização Pan-America de Saúde Organização Mundial de Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 1, 2013.
- NOGUEIRA, I. S. et al. Atenção ao idoso: práticas de educação permanente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. 1–9, 2019.
- NUNES, S. F. L. et al. Adaptação dos Familiares Cuidadores de Idosos com Doença de Parkinson : Processo de Transição. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 35, p. 1–10, 2019.
- OMS, O. MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas um investimento vital Situação da População Mundial 2018**, 2005.

- OMS, O. MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. **Psychological Science**, v. 25, n. 9, p. 1682–1690, 2015.
- OPAS. Linha de cuidado - Hipertensão arterial e diabetes. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2010.
- PAVARINI, S. C. I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 398–402, 2005.
- PILLATT, A. P.; NIELSSON, J.; SCHNEIDER, R. H. Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 210–217, 2019.
- RIBEIRO, M. A. AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS COMO MARCADORES. **Universidade Federal do Ceará**, 2018.
- RODRIGUES, L. P. F. et al. Food Insecurity in Urban and Rural Areas in Central Brazil: Transition from Locally Produced Foods to Processed Items. **Ecology of Food and Nutrition**, v. 55, n. 4, p. 365–377, 2016.
- SCHRAMM, J. M. DE A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897–908, 2004.
- SOLBERG, L. I. et al. Care quality and implementation of the chronic care model: A quantitative study. **Annals of Family Medicine**, v. 4, n. 4, p. 310–316, 2006.
- SOUSA, F. DE J. D. DE; ANDRADE, F. DO S. DE. Perfil De Los Adultos Mayores Usuarios De Atención Primaria. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 82, p. 1573–81, 2017.
- SOUZA, R. DOS S. et al. Prontuário Eletrônico do Paciente : percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. p. 51–68, 2018.
- STEINHAEUSER, J. et al. Applicability of the assessment of chronic illness care (ACIC) instrument in Germany resulting in a new questionnaire : questionnaire of chronic illness care in primary care. **Health Services Research**, 2011.
- STEURER-STEY, C. et al. Assessment of Chronic Illness Care with the German version of the ACIC in different primary care settings in Switzerland. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, n. 1, p. 122, 2010.
- SUSAM. **Manual de Procedimentos - centro de atenção integral à melhor idade - CAIMI**, 2002.
- SUSAM. **Plano Estadual de saúde Amazonas 2016-2019-SUSAM**, 2016.
- SUSAM. **Relatório Anual de Gestão 2017**, 2017.

SUSAM. PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO AMAZONAS – BRASIL. **Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas**, n. 92, 2019.

TEIXEIRA, S. M. DE O.; MARTINS, J. C. DE O. O suicídio de idosos em Teresina: fragmentos de autópsias psicossociais. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 262–270, 2018.

UEA. Relatório de gestão 2015 - Universidade do Estado do Amazonas - UEA. 2015.

UEA. **RELATÓRIO GESTÃO 2016- Universidade do Estado do Amazonas - UEA**, 2016.

WAGNER, E. H. Chronic Disease Management: What wil It take to Improve Care for Chronic Illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, p. 2–4, 1998.

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

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário socioeducacional.

Anexo 2 - Avaliação da Capacidade Institucional para Atenção às Condições Crônicas – ACIC

Anexo 3 - Aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

ANEXO 1
QUESTIONÁRIO SOCIOEDUCACIONAL

Profissão:

Data:

Instituição de trabalho:

1. Sexo: ()M ()F

2. Data de nascimento:

4. Qual a instituição de sua formação?

5. Quanto tempo você tem de formado?

6. Você possui pós-graduação em gerontologia? () sim () não

7. Você possui outras pós-graduações? () sim () não Quais?

8. Quanto tempo você atua na assistência de saúde do idoso?

9. Quanto tempo você trabalha nesta instituição?

ANEXO 2

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS – ACIC

Instruções para o preenchimento

Este questionário está desenhado para apolar os sistemas (organizações, serviços) ao seu auto-conhecimento 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 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.

Parte 1: Organização do Sistema de Saúde: A estruturação de políticas/ gestão de programas de doenças crônicas pode ser mais efetivos se todo sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado às 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	... está refletida na visão da organização/ sistema e nos planos (políticas), mas não existem recursos específicos para executar as ações previstas. 3 4 5	... está refletida pelos líderes do sistema e possui dotação de recursos específicos (financeiros e de pessoal). 6 7 8	... 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 existe ou são muito limitadas. 0 1 2	... existem, mas não são revisadas regularmente. 3 4 5	... existem, são mensuráveis e revisadas. 6 7 8	... existem, são mensuráveis, revisadas 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 consistentemente. 0 1 2	... utilizam estratégias informais para resolver pontualmente problemas que se apresentem. 3 4 5	... utilizam uma estratégia de melhoria validada para problemas almejados. 6 7 8	... incluem uma estratégia validada de melhoria, a qual se utiliza proativamente para garantir as metas organizacionais. 9 10 11
Políticas e incentivos para a atenção às doenças crônicas... Pontuação	... não são utilizados para incentivar a melhoria da "performance" clínica. 0 1 2	... são usadas para influir na utilização de serviços e custos na atenção às doenças crônicas. 3 4 5	... são utilizadas para apoiar as metas terapêuticas do paciente. 6 7 8	... são usadas para motivar e "empoderar" os profissionais para apoiar os pacientes em suas metas. 9 10 11
Autoridades institucionais... Pontuação	... não promovem a atenção às doenças crônicas. 0 1 2	... tratam a atenção às doenças crônicas junto com outras enfermidades, não é uma prioridade. 3 4 5	... encorajam esforços para a melhoria da atenção às doenças crônicas. 6 7 8	... participam e priorizam das ações para a melhoria contínua da atenção às doenças crônicas. 9 10 11
Benefícios... Pontuação	... não promovem o auto-cuidado do paciente ou a integralidade do sistema de saúde. 0 1 2	... não interferem positiva ou negativamente no auto-cuidado do paciente ou na integralidade do sistema de saúde. 3 4 5	... promovem o auto-cuidado do paciente e a integralidade do sistema de saúde. 6 7 8	... estão especialmente designados para promover uma 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
Associar os pacientes com recursos da comunidade (externos: Associações de bairro, igrejas, escolas, ONG's, etc.)	...não é feito sistematicamente.	...é limitado a uma lista que identifica recursos comunitários num formato acessível.	...é realizado através de uma pessoa da equipe ou recurso designado para assegurar que os pacientes utilizem ao máximo os recursos comunitários.	...é realizado através de uma coordenação ativa entre o sistema de saúde, os recursos e serviços comunitários e os pacientes.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Parcerias com as organizações comunitárias...	...não existe.	...estão sendo considerados mas não foram implementados.	...estão estruturados para desenvolver programas e políticas de apoio.	...estão formados 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 de Saúde Regionais ou Locais... (Resoluções do Conselho Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde, Leis Municipais ou similares)	...não abordam em seu contexto recursos, medidas ou direitos dos usuários referentes à atenção às DC em nível prático.	...abordam alguma orientação sobre recursos, medidas ou direitos dos usuários quanto à atenção às DC, mas não implementaram as mudanças.	...orientam à atenção das DC em uma ou duas áreas.	...norteiam os recursos, medidas de controle ou direitos dos usuários quanto à atenção da maioria das 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, se estruturados, melhorar a qualidade da atenção prestada. Estes componentes foram divididos em: apoio para o auto-cuidado, 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 Auto-cuidado: O apoio ao auto-cuidado 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
Avaliação e documentação das necessidades de auto-cuidado e atividades realizadas...	... não é feito.	... estão se desenvolvendo.	... foram completamente desenvolvidas, de forma padronizada.	... são avaliadas regularmente e documentadas através de um sistema que aporta informação aos outros profissionais e aos pacientes (p.ex. prontuário do paciente).
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Apoio ao Auto-cuidado...	... é limitada a distribuição de informação (panfletos, folders e livretos).	... está disponibilizado através da indicação pela unidade de saúde à grupos locais ou associações que prestam orientação ou possuem educadores treinados.	... é oferecido por profissionais capacitados que são responsáveis pelas atividades de apoio ao auto-cuidado, que podem estar associados a mais de uma unidade de saúde para o atendimento dos pacientes (p. ex. NASF).	... é oferecido por profissionais capacitados em cada unidade e apóiam o paciente para o seu "empoderamento" e na solução de problemas. Atendem a maioria dos pacientes com DC.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Suporte psicossocial aos pacientes e familiares...	... não é feito de forma consistente.	... é disponibilizado para pacientes específicos e familiares através de referência.	... é estimulado e apoiado por grupos de apoio e programas tutoriais que estão disponíveis.	... faz parte da atenção e inclui uma avaliação sistemática e atividades rotineiras em grupos de apoio e programas de tutoriais.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Intervenções efetivas para mudança de comportamento e grupos de apoio...	... não está disponível.	... limita-se a distribuição de panfletos, livretos e outras informações escritas.	... está disponível somente por referência a centros especializados onde se encontram profissionais capacitados.	... estão disponíveis e fazem parte integral da rotina da atenção.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação total para Auto-cuidado _____

Pontuação Média (Pontuação total para Auto-cuidado / 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 evidência e validadas para apoiarem as decisões clínicas (diagnóstico, prognóstico e tratamento) na atenção aos pacientes. Isto inclui diretrizes e protocolos clínicos especialmente elaborados e adaptados aos serviços de saúde, que capacitam 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 são disponíveis.	...estão disponíveis, mas não são integradas ou adaptadas às necessidades do serviço/ unidade.	...são disponíveis e se integram às atividades de educação continuada dos profissionais.	...são disponíveis, integram às atividades de educação permanente e de outras estratégias, como recordatórios e outros métodos que promovam a melhora de atuação dos profissionais.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Envolvimento de especialistas na melhoria da atenção primária...	...está baseada na referência tradicional.	...é alcançada através do envolvimento de especialistas, que contribuem com o sistema na implementação das diretrizes.	...inclui lideranças de especialistas na capacitação das equipes de atenção primária (treinamento em serviço).	...inclui um envolvimento dos especialistas na melhoria da atenção aos pacientes na atenção primária (referência e contra-referência, elaboração de protocolos, capacitação etc).
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Educação das Equipes em Atenção às Doenças Crônicas...	...é feita esporadicamente.	...é feita sistematicamente através de métodos tradicionais.	...é feita utilizando métodos diferenciados e otimizados.	...inclui a capacitação de toda a equipe com métodos otimizados e envolvem aspectos clínicos, educação para os pacientes, comunicação interpessoal, etc.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informação aos Pacientes sobre as Diretrizes...	...não é feita.	...é feita quando requerida ou através de publicações distribuídas.	...é feita através de materiais educativos para o paciente explicando cada diretriz.	...inclui materiais desenvolvidos especificamente para o paciente, que descreve as atribuições para seguir as diretrizes.
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 na 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.	...existe, assumindo que existem pessoas capacitadas em funções-chave da atenção.	...é assegurada através de reuniões regulares das equipes, onde são discutidas e avaliadas as diretrizes, atribuições e problemas na atenção.	...é assegurada através de equipes que se reúnem regularmente e tem atribuições bem definidas, como coordenação de recursos, educação para o auto-cuidado e outros aspectos da atenção integral às DC.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderança das Equipes de Saúde...	...não é reconhecida localmente ou pelo o sistema de saúde.	...é assumida pela organização e possui atribuições específicas no organograma institucional.	...é assegurado pela designação de um líder, mas o papel para a atenção às doenças crônicas não está definido.	...está garantida por designação de um líder que, entre suas atribuições e responsabilidades, tem atenção às DC claramente definidas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de Agendamento...	...pode ser usado para agendar consultas para condições agudas, monitoramento e preventivas.	...assegura o monitoramento das pessoas com doenças crônicas, através de consultas periódicas.	...são flexíveis e podem se adaptar a inovações, como consultas ajustadas à necessidade de cada paciente ou visitas em grupo.	...inclui a organização da atenção de forma que facilite ao paciente ser atendido por diferentes profissionais numa mesma visita.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Monitoramento...	...é agendado informalmente pelos pacientes ou profissionais.	...é programado de acordo com as diretrizes estabelecidas.	...é assegurado pelos profissionais, de acordo com a necessidade do paciente.	...está adaptado às necessidades do paciente, variando na intensidade e metodologia (telefone, pessoal, em grupo, e-mail) de acordo ao preconizado em protocolos.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Consultas Planejadas para Atenção às DC...	...não são disponíveis.	...usa-se ocasionalmente para pacientes com complicações.	...são opções para pacientes interessados.	...são usados por todos os pacientes, inclusive para avaliação regular, intervenções preventivas e apoio ao auto-cuidado.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Referência ao especialista ou a serviços de apoio diagnóstico...	...não é uma prioridade.	...depende de uma comunicação escrita entre o profissional da atenção primária e o especialista ou outros serviços.	...é uma prioridade, mas não é implementado sistematicamente.	...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 individualizadas por paciente e por populações de pacientes com condições crônicas é importante para ter programas efetivos, especialmente àqueles que empregam abordagens populacionais. ^{7,8}

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Registro (lista de pacientes com condições específicas)...	.. não está disponível.	.. inclui nome, diagnóstico, informação de contato e data da última consulta, em papel ou em um banco de dados informatizado.	.. permite a classificação por sub-populações por prioridades clínicas.	.. 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 está disponível.	.. inclui a notificação geral sobre a existência de DC, mas não descreve as indicações necessárias ao profissional no momento da consulta.	.. inclui indicações necessárias para uma população de pacientes, através de relatórios de monitoramento e avaliação.	.. inclui informações específicas para os profissionais sobre sua adequação aos protocolos no momento de uma consulta com o paciente.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Retroalimentação ("feedback")	.. não está disponível ou não é específica para a equipe.	.. é disponibilizada de forma irregular e impessoal.	.. ocorre em intervalo suficiente para monitorar o desempenho e é específico para cada equipe.	.. é oportuna, específica para cada equipe e é 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 Pacientes que Requerem Serviços Especializados	.. não está disponível.	.. somente pode ser obtido com um esforço especial ou adicional dos programadores.	.. pode ser obtido quando requerido, mas não está disponível rotineiramente.	.. está disponível 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 são disponibilizados.	.. 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 auto-cuidado 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 razoável	Estrutura integral
Informando pacientes sobre protocolos	... não é feito.	... acontece por solicitação ou através de publicações do serviço.	... acontece através de materiais específicos para educação do paciente para cada protocolo.	... inclui materiais especialmente desenvolvidos para os pacientes, que descrevem seus direitos e deveres, inclusive com relação ao alcance da adesão dos protocolos.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Registros ou Sistemas de Informação	... não inclui resultados de avaliação ou das metas do paciente para o auto-cuidado.	... inclui resultados da avaliação do paciente (p.ex., valores de glicemia e estado funcional, disponibilidade para participar nas atividades), mas não das metas.	... inclui resultados de avaliação do paciente, assim como metas de auto-cuidado que são feitas com base em observações da equipe multiprofissional e do paciente.	... inclui resultados da avaliação do paciente, assim como metas de auto-cuidado que são feitas com base em observações da equipe multiprofissional e do paciente e criam lembretes para o paciente ou profissional sobre seguimento ou reavaliação periódica das metas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Programas Comunitários...	... não retroalimentam o sistema de saúde ou Unidade de Saúde a respeito do progresso dos pacientes em seus programas.	... retroalimentam esporadicamente sobre o progresso de pacientes em programas em reuniões conjuntas entre profissionais de saúde e organização comunitária.	... retroalimentam regularmente o sistema/ unidade de saúde sobre o progresso dos pacientes usando mecanismos formais (como relatórios digitalizados).	... retroalimentam regularmente o sistema/ US sobre o progresso dos pacientes, com avaliações que são usadas para modificar e melhorar o programa de acordo às necessidades do paciente.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Plano Organizacional para Atenção às Doenças Crônicas...	... não tem uma abordagem populacional.	... usa dados do sistema de informação clínica para planejar a atenção.	... usa dados do sistema de informação clínica para planejar proativamente atenção para a população, incluindo o desenvolvimento de programas de auto-cuidado e em parceria com recursos comunitários.	... usa dados do sistema de informação clínica e contribuições das equipes multiprofissionais para planejar a atenção da população, incluindo o rastreamento, programas de auto-cuidado, acesso ao tratamento e parcerias comunitárias, e incluem 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
Rotina de	... não é feito.	... é feito esporadicamente, quando	... é assegurado através da definição	... é assegurado através da definição

Componentes	Estrutura mínima			Estrutura básica			Estrutura razoável			Estrutura integral		
Monitoramento para consultas, avaliação do paciente e planejamento de metas...												
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Diretrizes para a Atenção às Doenças Crônicas	...não é compartilhada com os pacientes.			...são entregues aos pacientes que expressam interesses na sua condição e no auto-cuidado.			...são entregues a todos os pacientes para ajudá-los desenvolver um auto-monitoramento efetivo ou em programas para modificação de hábitos e, ademais para que saibam quando devem procurar a unidade de saúde.			...são revisados pela equipe de saúde com os pacientes para estimular o auto-cuidado e a modificação de hábitos, e levam em consideração as metas do paciente 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 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:

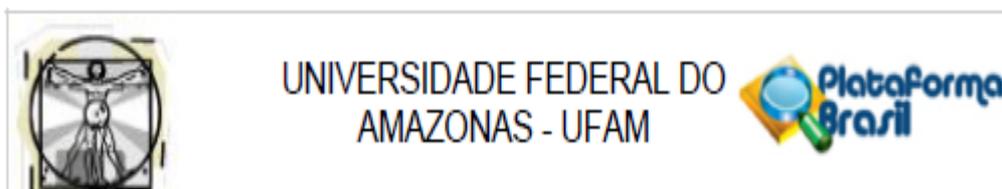
- Entre "0" e "2" = limited support for chronic illness care
- Entre "3" e "5" = basic support for chronic illness care
- Entre "6" e "8" = reasonably good support for chronic illness care
- Entre "9" e "11" = fully developed chronic illness care

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 à 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 "decliner" 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 ACIC.

ANEXO 3

Aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas - UFAM

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA IDOSOS EM MANAUS										
Pesquisador: Mérida Zilanda Barbosa Bordoni										
Área Temática:										
Versão: 2										
CAAE: 13495619.6.0000.5020										
Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 3.383.692										
Apresentação do Projeto:										
<p>De acordo com a pesquisadora: Diante dos inúmeros serviços prestados, os sistemas de saúde requerem avaliação diária dos seus serviços como subsídio de sua manutenção e/ou melhoria da qualidade. Contudo, surge a necessidade de um instrumento que sirva para apoiar os sistemas de serviços de saúde, a avaliação e aperfeiçoamento dos cuidados prestados ao doente crônico, bem como identificar as áreas com fragilidade e que precisam de melhoria. Este projeto de pesquisa será desenvolvido nos CAIMI Dr. André Araújo, localizado: Av. Camapuã, 108 – Cidade Nova / Zona Norte, CAIMI Dr. Paulo Lima, localizado: Rua: Taumaturgo Vaz, 358 – Colônia Oliveira Machado / Zona Sul e CAIMI Ada Rodrigues Viana, localizado: Av. Brasil – Compensa / Zona Oeste na cidade de Manaus. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa baseada em dados que serão obtidos por meio da aplicação do ACIC 3.5 e o questionário sócio educacional aos profissionais que compõem a equipe dos CAIMI. O questionário sócio educacional é composto por dez perguntas fechadas relacionadas a formação profissional da equipe, tendo por finalidade traçar o perfil sócio educacional da equipe de saúde. O ACIC é composto por seis dimensões associadas à efetivação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), e uma sétima, que avalia a integração das dimensões. As percepções obtidas serão analisadas por meio de uma escala de pontuação, de 0 a 11, em que (0) representa a menor pontuação, ou seja, um local com recursos e estruturas muito limitados; e (11), a maior pontuação, uma local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. Para cada dimensão, é obtida uma</p>										
<table border="0"> <tr> <td>Endereço: Rua Teresina, 495</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bairro: Adrianópolis</td> <td>CEP: 69.057-070</td> </tr> <tr> <td>UF: AM</td> <td>Município: MANAUS</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (92)3305-1181</td> <td>E-mail: cep.ufam@gmail.com</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Teresina, 495		Bairro: Adrianópolis	CEP: 69.057-070	UF: AM	Município: MANAUS	Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com
Endereço: Rua Teresina, 495										
Bairro: Adrianópolis	CEP: 69.057-070									
UF: AM	Município: MANAUS									
Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com									



Continuação do Parecer: 3.383.692

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1251590.pdf	28/05/2019 15:11:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	28/05/2019 15:10:37	Mérida Zilanda Barbosa Bordini	Aceito
Outros	Carta_Resposta.docx	28/05/2019 15:08:37	Mérida Zilanda Barbosa Bordini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/05/2019 15:08:07	Mérida Zilanda Barbosa Bordini	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	06/05/2019 23:17:05	Mérida Zilanda Barbosa Bordini	Aceito
Outros	ACIC.pdf	06/05/2019 23:15:51	Mérida Zilanda Barbosa Bordini	Aceito
Outros	Socio_educacional.pdf	06/05/2019 23:15:24	Mérida Zilanda Barbosa Bordini	Aceito
Outros	Lattes_Merida.pdf	06/05/2019 23:14:31	Mérida Zilanda Barbosa Bordini	Aceito
Outros	Lattes_Elisa.pdf	06/05/2019 23:13:51	Mérida Zilanda Barbosa Bordini	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia.pdf	06/05/2019 23:11:19	Mérida Zilanda Barbosa Bordini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 11 de Junho de 2019

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))