

Área: Estratégia | **Tema:** Gestão Estratégica no Setor e Serviços Públicos

**UM NOVO MODELO DE GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS CONDIÇÕES
CRÔNICAS EM SAÚDE: O CASO DO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA (HRSM)**

**OUTPATIENT CARE APPROACH IN SPECIALIZED CARE FOR CHRONIC HEALTH CONDITIONS
AT THE REGIONAL HOSPITAL AT SANTA MARIA (HRSM)**

Elsa Karsburg e Daniel Arruda Coronel

RESUMO

A estratificação de risco da população pela Atenção Primária em Saúde (APS), com o uso de ferramentas de gestão da clínica, permite o direcionamento da atenção às condições menos complexas, centradas na APS, e o referenciamento à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Diante disso, este estudo busca identificar características inovadoras e pertinentes à capacidade institucional voltadas às condições crônicas aplicadas no ambulatório de atenção ambulatorial especializada do Hospital Regional de Santa Maria/RS capazes de gerarem valor e desfechos positivos à saúde dessa população.

Palavras-Chave: Atenção Ambulatorial; Condições Crônicas;

ABSTRACT

Estudos recentes apontam mudanças nas práticas político-gerenciais da esfera pública, pautadas em uma gestão em saúde com características de descentralização, provavelmente pelo fomento à mudança de modelo assistencial e reorientação da sua gestão (SANTOS et al., 2020). Diante disso, este estudo busca responder à seguinte proposição: quais são as características pertinentes à capacidade institucional voltadas às condições crônicas aplicadas no ambulatório de atenção ambulatorial especializada do Hospital Regional de Santa Maria-RS?

Keywords: Ambulatory Care; Chronic Conditions

UM NOVO MODELO DE GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE: O CASO DO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA (HRSM)

1 INTRODUÇÃO

Apesar de grandes avanços desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o seu modelo hegemônico, com base na gestão da oferta, parece estar se esgotando, especialmente no que tange às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A ineficiência desse modelo é evidenciada por inúmeros fatores, destacando-se a falta de coordenação e comunicação entre serviços e profissionais, com a presença de encaminhamentos desnecessários ou indevidos às unidades especializadas, os quais geram iatrogenias e aumento de custo em saúde (MENDES, 2015).

Um exemplo dessa situação é representado pela Atenção Primária em Saúde (APS), principal coordenadora do cuidado em saúde, que ainda possui grandes desafios em sua gestão e na organização dos fluxos de referência e contrarreferência que garantam a continuidade da assistência, principalmente no que se refere às doenças crônicas. Concomitante a isso, a atenção ambulatorial vigente está inserida em uma prática fragmentada, na qual os centros de especialidades médicas não operam com equipes multiprofissionais envolvidas na terapêutica interdisciplinar.

O cenário mundial e o cenário brasileiro, em especial, revelam um aumento acelerado das condições crônicas frente a uma rede de atenção à saúde fragilizada e desconexa. Segundo dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2019, a presença de diabéticos, hipertensos e obesos nas principais capitais brasileiras vem aumentando consideravelmente nos últimos 10 anos (BRASIL, 2019).

As DCNT – cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes – constituem importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, uma vez que não apenas representam as principais causas de morte, como também causam mortalidade prematura, incapacidades, perda da qualidade de vida e sobrecarga no sistema de saúde (MALTA *et al.*, 2015; WHO, 2020; IDF, 2021).

Ainda nesta perspectiva há um predomínio dos agravantes das condições crônicas, ocasionado pela inconsistência entre os agravos à saúde e a resposta social de um sistema segmentado, que atua de forma episódica e reativa, voltado predominantemente para os eventos agudos. Esses sistemas segmentados têm falhado no manejo das condições crônicas, e, como consequência, os resultados são medidos em desfechos clínicos caóticos (MENDES, 2018; SBIBAE, 2020).

No Brasil, desde 2011, após a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a implementação das RAS tem sido proposta em torno de prioridades estabelecidas de acordo com diretrizes clínicas e linhas de cuidado voltadas às doenças crônicas e outras redes temáticas. Entretanto, como a base é fortemente teórica, não vem se mostrando de forma efetiva na prática. Em geral, observa-se dificuldade da constituição das RAS, bem como a articulação entre Atenção Primária em Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e o planejamento como ferramenta importante na estruturação (MENDES, 2011).



No cenário atual, com as inovações tecnológicas contínuas e a crescente complexidade dos sistemas de saúde, não há espaço para a manutenção de padrões arcaicos de gestão (BERNARDES, 2018). Nesse sentido, estratégias eficazes, efetivas e eficientes de transferência do conhecimento produzido, de modo que possam ser utilizadas em benefício da saúde da população, representam ações com vistas a outro olhar para a gestão do cuidado em saúde.

Em vista disso, Mendes (2015) propõe uma mudança no modelo de gestão da assistência à saúde, por meio do desenvolvimento de metodologias de cuidado efetivas que garantam a totalidade da assistência à saúde, tendo como norteador o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Esse novo modelo sugere a construção de uma rede de cuidados, em conjunto com a APS, conforme a estratificação de risco e por meio de tecnologias de gestão da clínica.

O MACC tem sido implantado em algumas regiões de saúde por meio do projeto Planificação da Atenção à Saúde (PAS), seus resultados mostram-se exitosos, com avanços na direção de soluções práticas e inovadoras no cuidado das condições crônicas, essenciais para prestar um atendimento adequado, longitudinal e em rede (ANDRADE *et al.*, 2019; BRASIL, 2016; EVANGELISTA *et al.*, 2019).

O estado do Rio Grande do Sul (RS), ao aderir à Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no ano de 2015, percebeu a necessidade de orientar o diagnóstico da população com condições crônicas a partir da estratificação de risco no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) para usuários com diagnóstico de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Nesse contexto, em 2018 surgiu a implantação do primeiro Ambulatório de Atenção Especializada em Diabetes e Hipertensão de Alto e Muito Alto Risco no município de Santa Maria/RS, referência na atenção secundária para 33 municípios inseridos na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. A partir das Notas Técnicas de Atenção ao Indivíduo Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, publicadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RS), foram determinados os critérios para estratificação de risco, a partir da Atenção Primária em Saúde de cada município.

A estratificação de risco da população pela Atenção Primária em Saúde (APS), com o uso de ferramentas de gestão da clínica, permite o direcionamento da atenção às condições menos complexas, centradas na APS, e o referenciamento à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) somente de condições crônicas de alto e muito alto risco, porém, mantendo-se o vínculo e o acompanhamento pela APS (BRASIL, 2016).

Diante disso, este estudo busca identificar características inovadoras e pertinentes à capacidade institucional voltadas às condições crônicas aplicadas no ambulatório de atenção ambulatorial especializada do Hospital Regional de Santa Maria/RS capazes de gerarem valor e desfechos positivos à saúde dessa população.

O presente trabalho está estruturado, além desta introdução, em mais quatro capítulos. No segundo capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica. No terceiro capítulo, são descritos os procedimentos metodológicos balizadores do estudo; posteriormente os resultados são discutidos e analisados. Por fim, apresentam-se as principais conclusões.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTÃO EM SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

O SUS foi constituído como uma proposição de política pública que se consolidou e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e amparado na Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2019).



As ações e os serviços de saúde preventivos e assistenciais estabeleceram-se como competência pública e constituem um sistema complexo coordenado de modo descentralizado e com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a). Para tanto, foram determinantes as Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, outro marco na gestão do SUS, que legitimou a participação da comunidade por meio de conselhos e conferências de saúde, espaços vitais para seu exercício de controle social (BRASIL, 1990b).

Em 2019, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil atingiu R\$ 711,4 bilhões (o equivalente a 9,6% do Produto Interno Bruto - PIB). Desse total, R\$ 283,6 bilhões (o equivalente a 3,8% do PIB) foram despesas de consumo do governo enquanto que R\$ 427,8 bilhões (5,8% do PIB) representaram despesas de famílias e instituições sem fins de lucro a serviços das famílias (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022). Esses números indicam uma estrutura regressiva do gasto em saúde no Brasil e sinalizam para mudanças e fortalecimento de ações capazes de transformar o cenário atual a fim de evitar um colapso ainda maior nos sistemas da economia brasileira. Como estratégia de superar lacunas assistenciais importantes e de transpor a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, surgem as Redes de Atenção em Saúde.

Segundo Mendes (2011), a implantação das Redes de Atenção em Saúde (RAS) convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e direciona para o estabelecimento de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, o que já é fruto exitoso de experiência em outros países.

Por Redes de Atenção à Saúde, define-se um conjunto de serviços de saúde organizados e vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, os quais permitem ofertar uma atenção contínua e integral para a população, coordenada pela atenção básica (MENDES, 2011).

A partir de 2010, o Ministério da Saúde, pela Portaria nº 4.279, estabeleceu as diretrizes para organização das RAS no Brasil, definindo-as como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Em vista disso, as mudanças nos sistemas de atenção à saúde, para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde cada vez mais complexas impostas pelas condições crônicas, levou ao debate e desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde.

2.2 MODELOS DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Evidências demonstram o esgotamento da gestão baseada na oferta, uma vez que esta não considera critérios populacionais, determinantes sociais da saúde, vínculo entre profissionais e usuários e comunicação entre serviços de saúde. Nesse sentido, Mendes (2007), a partir de experiências internacionais que abordaram o Modelo da Determinação Social da Saúde – Modelo da Pirâmide de Risco e Modelo da Atenção Crônica –, propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o sistema de saúde brasileiro.

O Modelo de determinação social proposto por Dahlgren e Whitehead adotado no Brasil considera que as circunstâncias com que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença são capazes de expressarem características individuais e macrodeterminantes do processo saúde-doença (CDSS, 2010).

Outro princípio de inspiração ao modelo brasileiro de atenção a condições crônicas, o modelo da pirâmide de risco permite a identificação de três níveis de intervenções, de acordo com a complexidade da condição crônica, a qual classifica as pessoas em condições de saúde simples, complexas e altamente complexas. Nessa apresentação, a organização das pessoas usuárias, segundo suas diferentes complexidades, orienta intervir em relação aos grupos de riscos e a utilizar mais racionalmente os recursos humanos, concentrando-os nos grupos de maiores riscos (BENGOA, 2008).

Por último, o modelo precursor e adaptado é o Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model* (CCM), desenvolvido pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, dos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. Esse modelo trata-se de uma resposta às situações de saúde com alta prevalência de condições crônicas e à falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições, nos Estados Unidos, fator motivador para seu desenvolvimento (MENDES, 2011).

O CCM é composto de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na sua organização, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos dessa comunidade (MENDES, 2007).

Portanto, com base no modelo de determinação social da saúde, na pirâmide de risco, nos elementos do modelo da atenção crônica (CCM), nas relações que se estabelecem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos serviços de saúde e em função da singularidade do sistema público de atenção à saúde brasileiro, Mendes (2007) desenvolveu o modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no SUS, que foi denominado de modelo de atenção às condições crônicas (MACC).

O MACC está estruturado em cinco níveis e contém três elementos integrados: a população, os focos das intervenções de saúde e os tipos de intervenções de saúde. O modelo considera princípios de determinação social, respostas sociais diferenciadas e convoca novas abordagens tecnológicas que sejam efetivas no processo de mudança de comportamento, tanto para o indivíduo, quanto para os profissionais e gestores em saúde em diferentes níveis de intervenções de promoção e recuperação à saúde (MENDES, 2011)

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo caso único, descritivo que busca expor características relacionadas ao modelo de atenção à saúde aplicada no ambulatório de atenção especializada do município de Santa Maria/RS. Ainda possui natureza observacional, exploratória com abordagens qualitativa e quantitativa.

O estudo foi desenvolvido junto ao Hospital Regional de Santa Maria/RS, mais precisamente no seu Ambulatório de Atenção Especializada em Diabetes e Hipertensão de Alto e Muito Alto Risco. A sua população alvo compreendeu membros da equipe multiprofissional e as pessoas usuárias do serviço. Todos os profissionais que atuam diretamente e indiretamente junto aos usuários foram convidados a participar da pesquisa, tais como: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, cardiologista, endocrinologistas, oftalmologistas, nefrologistas, assistente sociais, psicólogos, cirurgião vascular, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem e técnicos administrativos. Considerando a amplitude de pacientes que acessam ao serviço, optou-se por delimitar a caracterização da amostra do perfil dos usuários, referente a todos àqueles que acessaram o serviço ambulatorial pela primeira vez no período de um ano.



A coleta dos dados foi realizada a partir de múltiplos procedimentos, tais como análise documental, prontuários e questionário estruturado. Para a análise de perfil dos usuários, foi elaborado um instrumento de coleta de dados a partir de variáveis independentes e dependentes, coletados por conveniência, de modo transversal. A fim de caracterizar essas pessoas usuárias, foram extraídas informações de prontuários do sistema eletrônico do Hospital Regional de Santa Maria, setor ambulatorial, no período de 1º de setembro de 2020 a 1º de setembro de 2021. Os meses de março a agosto de 2020 não fizeram parte da pesquisa, devido ao impacto negativo no número de acessos ao serviço em decorrência da pandemia de Coronavírus, a qual alterou os procedimentos e ações ambulatoriais.

Também foi utilizado um questionário estruturado, adaptado a partir do instrumento denominado *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*, ou Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas, na sua tradução para o português. Tal instrumento é composto por sete blocos, com um total de 33 questões, aplicado de modo individual e presencial com 37 profissionais do ambulatório. Um dos critérios de inclusão dos profissionais na pesquisa foi o de estar atuando no serviço ambulatorial especializado há pelo menos seis meses, a fim de possibilitar uma melhor apropriação ao modelo de atenção de cuidado aplicado na instituição e condições de suporte às respostas do estudo.

A aplicação do questionário teve como objetivo identificar a percepção dos agentes de saúde quanto ao serviço e às condutas aderentes ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). O MACC adaptado é utilizado como referência para a condução de estratégias do ambulatório de crônicos do HRSM, o qual busca qualificação a atenção às condições crônicas a partir de elementos norteadores, quais sejam: organização da atenção, o desenho do sistema de prestação de serviços, o apoio às decisões, o sistema de informação clínica, o autocuidado apoiado, além da articulação com os recursos da comunidade. Esse instrumento foi identificado como importante indicador de avaliação e implementação do MACC na experiência de outro serviço de saúde (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2013).

As percepções obtidas por meio do instrumento aplicado foram analisadas e expostas em uma escala de pontuação com variação de 1 a 5, dividida por categorias de médias. Desse modo, a média de cada componente das sete dimensões analisadas foi qualificada e transposta em uma escala composta por três categorias, denominadas “pior”, “regular” e “bom”. Por conseguinte, a variação de menor média (1 a 2,499) foi classificada “pior”, representando um local com recursos e estrutura limitado, a variação de valores intermediários (2,5 a 3,499) foi denominada “regular”, ao passo que o intervalo de maior média (3,5 a 5), foi denominado “bom”, simbolizando um serviço que mais se aproxima ao modelo ótimo de atenção às condições crônicas.

A análise dos dados foi desenvolvida em duas etapas: a primeira parte, classificada como quantitativa, na qual foram abordadas técnicas de análise específicas, e a segunda parte, qualitativa, em que houve a análise de conteúdo.

Os dados quantitativos foram organizados, codificados e processados com auxílio de planilha de banco de dados do Excel do *software* Microsoft Office, e do *software Statistical Package for the Social Science (SPSS®)*, para a realização dos testes estatísticos. Após isso, foi realizada a análise estatística descritiva multivariada, com o intuito de caracterizar a amostra, para criar um delineamento de um panorama global do perfil dos respondentes da pesquisa e para compreender melhor o comportamento, as opiniões e as atitudes dos indivíduos no que diz respeito aos fatores investigados. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Além da análise de frequências, foi utilizado a medida de tendência central, denominada média e desvio-padrão.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO OFERTADO E PERFIL DOS USUÁRIOS

A população que caracteriza o perfil dos usuários que acessam o serviço do Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes de Alto e Muito Alto Risco do HRSM é regida e estratificada pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), que abrange 33 municípios. A estratificação de risco da população pela Atenção Primária em Saúde (APS), com o uso de ferramentas de gestão da clínica, permite o direcionamento da atenção às condições menos complexas, centradas na APS, e o referenciamento à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) somente de condições crônicas de alto e muito alto risco, porém, mantendo-se o vínculo e o acompanhamento pela APS (BRASL, 2016).

Ainda nessa perspectiva, o Termo de Referência elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, publicado em 2018, traz as diretrizes assistenciais, terapêuticas e operacionais do Ambulatório de Especialidade em Hipertensão e Diabetes Mellitus, bem como dados específicos da população-chave para as regiões de Saúde 1 e 2 (SES/RS, 2018).

A 4ª CRS, com sede em Santa Maria, RS, é dividida em duas regiões de saúde denominadas: Região 1 – Verdes Campos; Região 2 – Entre Rios.

No período de um ano (1º de setembro de 2020 a 1º de setembro de 2021) foram atendidos 655 usuários de primeira consulta no ambulatório.

A Tabela 1 apresenta o perfil desses usuários segundo as variáveis “sexo”, “estado civil”, “idade”, “escolaridade”, “renda familiar” e “município de origem”. A variável “idade” foi transformada em uma variável ordinal com quatro categorias iguais. Logo, a categorização foi distribuída em quartis, variando de 20 a 55 anos, 56 a 61 anos, 62 a 70 e acima de 70 anos de idade.

Tabela 1 – Análise descritiva, perfil das pessoas usuárias segundo sexo, estado civil, idade, renda familiar, escolaridade e município de origem do serviço de atenção ambulatorial especializada em hipertensão e diabetes de alto e muito alto risco do HRSM

Variáveis	Alternativa	Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	291	44,4
	Feminino	364	55,6
Estado Civil	Solteiro(a)	70	10,7
	Casado (a) ou relação estável	443	67,6
	Separado(a)	62	9,5
	Viúvo(a)	80	12,2
Idade	20 a 55 anos	177	27,0
	56 a 61 anos	155	23,7
	62 a 70 anos	175	26,7
	acima de 70 anos	148	22,6
Renda familiar	Não possui	55	8,9
	menos de 1 salário mínimo	12	1,9
	De 1 a 2 salários mínimos	461	74,8
	De 3 a 4 salários mínimos	75	12,2
	5 ou mais salários mínimos	13	2,1
Escolaridade	Nunca estudou	48	7,4
	Ensino fundamental incompleto	388	60,2



	Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto	116	18,0
	Ensino médio completo	65	10,1
	Superior incompleto	8	1,2
	Superior completo/ pós-graduação	20	3,1
Município de origem	Santa Maria-RS	249	38,0
	Outro	406	62,0

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir dos dados da pesquisa (2023).

Constata-se, de acordo com a Tabela 1, que a maior parte dos usuários analisados é do sexo feminino (55,6%), com preponderância de usuários casados (67,6%), e uma distribuição entre as faixas etárias bastante uniformes, com leve sobreposição (27%) entre 20 e 55 anos. A média de idade é 61 anos, variando de 20 a 95 anos, com um desvio padrão de 11,7.

Com relação à variável renda familiar, a maioria dos usuários (74,8%) declarou receber de 1 a 2 salários mínimos. Esse resultado demonstra um baixo perfil socioeconômico dos usuários que acessam o serviço do ambulatório e que uma grande parcela possui sua renda derivada de auxílios da assistência social. Também se observa que 60,2% dessa população possui ensino fundamental incompleto, o que caracteriza uma baixa escolaridade.

Os dados desse estudo reforçam evidências apontadas que destacam as DCNT como um grupo de doenças de maior magnitude no país e no mundo, atingindo especialmente as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e baixa escolaridade (IDF, 2021; BRASIL, 2021).

Quanto ao município de origem, 62% dos usuários são oriundos dos 32 municípios do entorno da sede da 4ª CRS, ratificando a contribuição de acesso ao serviço de saúde de modo regional a qual o Ambulatório de Atenção Especializada se propõe e de acordo com o Termo de Referência Padrão.

Com o levantamento dos dados contidos em prontuários digitais e físicos, avaliou-se o perfil clínico dos usuários do serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em Hipertensão e Diabetes de alto e muito alto risco do HRSM. As variáveis escolhidas para análise compõem itens do roteiro de consulta da equipe multiprofissional e foram extraídas de acordo com os critérios de avaliação, diretrizes clínicas e procedimentos operacionais padrão de cada núcleo profissional.

A Tabela 2, a seguir, apresenta as variáveis “diagnóstico”, “retinopatia diabética e/ou hipertensiva”, “letramento em saúde”, “autocuidado”, “suporte familiar” e “prática de exercício físico”.

Tabela 2 – Análise descritiva do perfil clínico das pessoas usuárias caracterizadas segundo diagnóstico, retinopatia diabética e/ou hipertensiva, letramento em saúde, autocuidado, suporte familiar e prática de exercício físico do serviço de atenção ambulatorial especializada em hipertensão e diabetes de alto e muito alto risco do HRSM

Variáveis	Alternativa	Frequência	Porcentagem
Diagnóstico	DM1	10	1,5
	DM2 NI	4	0,6
	HAS	147	22,5
	DM2 NI e HAS	207	31,7
	DM INS e HAS	262	40,1
	DM2 INS	20	3,1
	DM1 e HAS	3	0,5
Retinopatia diabética e/ou hipertensiva	Sim	453	74



	Não	159	26
Letramento em saúde	Baixo	148	22,8
	Médio	303	46,7
	Adequado	198	30,5
Autocuidado	Suficiente	400	62
	Insuficiente	245	38
Suporte familiar	Suficiente	595	93,3
	Insuficiente	43	6,7
Prática de exercício físico	Sim	99	15,1
	Não	555	84,9

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir dos dados da pesquisa (2023).

Nota: DM1= Diabetes mellitus tipo 1; DM2 NI= Diabetes mellitus tipo 2 não insulinizado; HAS= Hipertensão arterial sistêmica; DM INS= Diabetes mellitus insulinizado; DM2 IN= Diabetes mellitus tipo 2 insulinizado.

A variável de diagnóstico foi coletada de acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Observou-se que 1,5% da população analisada possui somente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (DM1). O diabetes tipo 1, segundo a pesquisa de Gregory *et al.* (2022), coloca o Brasil no *ranking* dos dez países com maior prevalência dessa doença (EUA, Índia, Brasil, China, Alemanha, Reino Unido, Rússia, Canadá, Arábia Saudita e Espanha). Além disso, os autores da pesquisa também apresentam, numa perspectiva conservadora, a estimativa de aumento de 66% da carga global da doença entre 2020 e 2040, de 8,11 (7,82 – 8,42) milhões para 13,51 (12,65 – 14,42) milhões, com o maior aumento relativo em países de baixa e média renda (GREGORY *et al.*, 2022).

A maioria das pessoas analisadas, 40,1%, possui, no mínimo, duas patologias, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes, e estão em uso de insulinoterapia. As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte nas Américas, e a HAS é responsável por mais de 50% das DCV (ETTEHAD *et al.*, 2016).

A retinopatia é uma patologia da retina em que ocorre uma inflamação influenciada pela HAS e pelo DM, os quais causam fatores que contribuem para o dano vascular sistêmico ao decorrer da idade e podem levar a cegueira. Quando as duas patologias coexistem, tanto a gravidade quanto a prevalência das retinopatias se agravam (CHILLO *et al.*, 2019). Nesse estudo, observa-se que 74% dos usuários possuem retinopatia diabética e/ou hipertensiva detectadas na primeira consulta com oftalmologista no ambulatório. Os pacientes diabéticos que apresentam retinopatia diabética têm uma taxa de sobrevida menor que aqueles sem a doença.

Quanto ao letramento em saúde, 46,7% das pessoas usuárias do serviço possuem nível médio. O letramento em saúde pode ser definido como a capacidade de julgar e decidir, no contexto do cuidado, da prevenção de patologias e da promoção da saúde, através do conhecimento, experiência e habilidade para obter, compreender, avaliar e aplicar as informações, no intuito de manter ou melhorar a qualidade de vida (SORENSEN *et al.*, 2012). Tais fatores são especialmente importantes no âmbito da saúde, em que a participação dos pacientes no plano terapêutico é um ponto crítico para o sucesso do tratamento.

Ainda, identificou-se que 62% dos usuários possuem um autocuidado suficiente. Essa variável permite identificar o reconhecimento do interesse pessoal em modificar um comportamento de risco para que seja realizado um aconselhamento centrado na pessoa, em suas vontades e na disponibilidade de recursos (MENDES, 2012).

Com relação ao suporte familiar, 93,3% das pessoas analisadas, segundo avaliação dos assistentes sociais, apresentam esse suporte. Evidências indicam que características relacionadas ao suporte familiar são determinantes na adesão ao tratamento e essenciais para o

planejamento de intervenções para melhorias na condição clínica do indivíduo (MENDES, 2019).

No que tange à prática de exercício físico, 84,9% dos usuários não os praticam regularmente. Esse baixo percentual evidencia que, em sua maioria, há predominância de sedentarismo. Destaca-se a importância de incentivos a favor dessa prática, visto que são bem estabelecidos e reconhecidos os benefícios dos exercícios, na redução da prevalência de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, obesidade, entre outras, e, em última instância, na redução da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2014).

Outra variável analisada neste estudo foi a hemoglobina glicada (A1C), que, conforme diretrizes estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2022), trata-se de um importante indicador, obtido por meio de exames laboratoriais para o diagnóstico de diabetes mellitus e avaliação do controle glicêmico, além da glicemia plasmática de jejum e o teste de tolerância oral à glicose (TOTG) (COBAS *et al.*, 2022).

Esse dado é obtido por meio da análise de uma porção da hemoglobina (Hb) gerada pela hiperglicemia. Dessa forma, quanto maior a taxa de glicose em nível sérico, mais elevada será a A1C. Seu valor é expresso em porcentagem e se dá pela média de glicemias diárias, sendo esta uma característica importante desse exame, devido à sua capacidade de estimar a média da concentração de glicose sérica, considerando os últimos 60 a 90 dias, contrariamente à glicemia de jejum e o TOTG (MALTA *et al.*, 2019; PITITTO *et al.*, 2022).

Nesse sentido, observou-se que a média de A1C na população em estudo, que foi de 9,31%, com um desvio padrão de 2,33, variando 5,4% a 18,5%. O estudo Discover com abrangência em 38 países observou uma média de hemoglobina glicada de 8,3% e destaca, nesse sentido a necessidade urgente de intervenções para melhorar o monitoramento e o gerenciamento do controle glicêmico em todo o mundo, particularmente em países de renda média-baixa e média-alta. (KHUNTI, *et al.*, 2020).

Com o propósito de analisar o seu estado nutricional da população do estudo foi utilizado o índice de massa corporal (IMC) dividido em duas categorias de faixas etárias. Considerando que a classificação do estado nutricional está intimamente relacionada a importantes modificações na composição corporal de indivíduos adultos e idosos segundo estágio de vida. O ponto de corte utilizado para adultos e idosos baseia-se na associação entre IMC e doenças crônicas ou mortalidade. Desse modo, utilizou-se a classificação adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para adultos (20 a 59 anos) que classifica o estado nutricional em baixo peso o IMC abaixo de 18,5 kg/m², peso adequado o IMC entre 18,5 a 24,9 kg/m², sobrepeso o IMC de 25 a 29,9 kg/m² e obesidade o IMC maior ou igual a 30 kg/m².

A segunda categoria é constituída pelos idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, considerando as modificações na composição corporal próprias do envelhecimento, os pontos de corte elegidos seguem as recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) brasileiro. Nesse sentido, o estado nutricional foi classificado em baixo peso IMC < 22kg/m², eutrofia IMC entre 22 e 27kg/m² e sobrepeso IMC > 27kg/m². Como é possível observar na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3 – Análise descritiva do perfil dos usuários adultos e idosos, segundo índice de massa corporal (IMC), classificados de acordo com o diagnóstico nutricional do serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em Hipertensão e Diabetes de alto e muito alto risco do HRSM

	Frequência	Porcentagem	Estado nutricional IMC	Frequência	Porcentagem
Adultos (20 a 59 anos)	283	43,4	Baixo peso < 18,5 kg/m ²	3	1,1
			Eutrófico	25	8,8



			18,5 a 24,9 kg/m ²		
			Sobrepeso	62	21,8
			25,0 a 29,9 kg/m ²		
			Obesidade Grau I	94	33,1
			30 a 34,9 kg/m ²		
			Obesidade Grau II	51	18,0
			35 a 39,9 kg/m ²		
			Obesidade Grau III	49	17,3
			≥40 kg/m ²		
Idosos (≥ 60 anos)	369	56,6	Baixo peso	7	1,9
			< 22 kg/m ²		
			Adequado	83	22,5
			22 a 27 kg/m ²		
			Acima do Peso	279	75,6
			>27 kg/m ²		

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir dos dados da pesquisa (2023).

Em destaque, observa-se que, de 56,6% (369) das pessoas usuárias do serviço ambulatorial, as quais estão categorizadas como idosos, 75,6% (279) estão acima do peso. Em relação a isto, em 2020, a população idosa já representava 18,77% (2.143.707) dos gaúchos, tornando o estado com a maior proporção de idosos no Brasil. De acordo com a projeção do IBGE, em 2030 o percentual da população gaúcha idosa chegará a 24,3% (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

À medida que aumenta a expectativa de vida, os idosos passam a conviver com fatores de risco associados às DCNT e seus potenciais agravos, relacionados a hábitos de vida, como sedentarismo, tabagismo e alimentação inadequada. Esses processos são característicos da transição demográfica e epidemiológica em curso e ascendente desde a década de 1950 (CHAIMOWICZ, 1997; BARRETO *et al.*, 2009; MASSA; DUARTE; FILHO, 2019).

4.2 PERCEPÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE COM RELAÇÃO AO SERVIÇO OFERTADO PELO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO HRSM

A pesquisa contou com a participação de profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado aos usuários portadores de hipertensão e diabetes do HRSM e avaliaram o serviço ambulatorial de acordo com as sete dimensões propostas segundo o MACC.

As sete dimensões analisada correspondem à: primeira – Organização da Atenção à Saúde que se refere ao manejo de políticas e programas voltados às condições crônicas desenvolvidos e orientam a atenção prestada pela instituição; segunda – Articulação com a Comunidade, que busca identificar a conexão entre os serviços de atenção primária, o ambulatório de atenção especializada e os agentes locais de saúde; já a terceira dimensão avaliada corresponde ao Autocuidado Apoiado, que é uma parceria entre a equipe de saúde e o usuário, com o objetivo de definir mutuamente o problema, determinar metas, monitorá-las, elaborar plano de cuidado e buscar a solução de problemas que surjam ao longo do processo de manejo; a quarta dimensão verificada relaciona-se ao Suporte à Decisão, essa categoria de análise refere-se ao manejo efetivo de condições crônicas e inclui informações baseadas em evidências, diretrizes clínicas, protocolos profissionais, envolvimento dos usuários e acesso às informações capazes de proporcionar estratégias de cuidado eficientes; a quinta dimensão avalia o Desenho do sistema de prestação de serviços, o conceito dessa dimensão sugere mudanças na organização do sistema de saúde, com vistas a dar suporte efetivo tanto para o cuidado às condições crônicas, quanto para situações de condições agudas; a sexta dimensão explora aspectos importantes sobre informações úteis e oportunas relacionadas ao Sistema de



Informação Clínica, e por último, a sétima dimensão analisada corresponde à Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, seus elementos buscam avaliar a combinação dos pressupostos do modelo, os quais serviços de saúde efetivos, que operam no MACC deveriam ter (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2013). A Tabela 4 apresenta as sete dimensões avaliadas, médias e interpretação dos resultados.

Tabela 4 – Resultados da aplicação do instrumento de pesquisa da capacidade institucional do serviço de saúde de acordo com percepção dos profissionais de saúde segundo as dimensões do instrumento, médias e interpretação dos resultados.

Dimensões	Médias	Interpretação
1. Organização da Atenção à Saúde	4,004	BOM
2. Articulação com a Comunidade	3,040	REGULAR
3. Autocuidado Apoiado	3,811	BOM
4. Suporte à Decisão	3,878	BOM
5. Desenho do sistema de prestação de serviços	3,946	BOM
6. Sistema de Informação Clínica	3,103	REGULAR
7. Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas	3,367	REGULAR

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir dos dados da pesquisa (2023).

A Organização da Atenção à Saúde apresentou a dimensão de maior média (4,004) do estudo. Neste sentido, observa-se que o local em estudo está alinhado com as diretrizes nacionais para atenção às pessoas com condições crônicas, buscando superar um sistema fragmentado, que atende somente demandas de agudização de tais condições. Aspectos como liderança, metas organizacionais e plano estratégico vão ao encontro do que é preconizado para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde (RAS), no que diz respeito ao cuidado integrado junto à atenção primária (APS), por meio de um trabalho compartilhado de seus profissionais e uma equipe multiprofissional da atenção ambulatorial especializada (AAE), estes de modo complementar, refletindo em uma atuação eficaz e efetiva (MENDES, 2012).

A segunda dimensão, representada pela Articulação com a Comunidade constitui a menor média do estudo (3,040). Identificou-se que os profissionais da atenção secundária percebem baixo reconhecimento de ações com utilização máxima de recursos comunitários. Esse fato é contraditório ao idealizado em políticas e programas vigentes, o que vai ao encontro das ideias de Garnelo *et al.* (2014), que evidenciaram que tais práticas estão ainda distantes do adequado, refletindo no crescimento das condições crônicas, além da sua agudização. Ainda segundo os autores, a baixa oferta de ações extramuros mostra-se como uma fragilidade no controle e efetivação das práticas em saúde, considerando que impactam negativamente nas atividades de prevenção e promoção à saúde direcionadas à comunidade, refletindo no baixo empoderamento das pessoas usuárias.

Os recursos comunitários possuem um importante papel na gestão e manejo de condições crônicas, porém as dificuldades de engajamento dos serviços de saúde com a comunidade não se tratam de uma realidade apenas local, já que estudos realizados em outros



três municípios brasileiros evidenciaram resultados semelhantes (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016; PAULA *et al.*, 2022; SCHWAB *et al.*, 2014).

A pesquisa de Bordoni (2019), que avalia a capacidade institucional para atenção às condições crônicas nos serviços de saúde especializados em idosos na cidade de Manaus, no Amazonas, corrobora com os achados deste estudo, ao verificar que a capacidade de articulação do serviço com as associações de bairro, igrejas, escolas e organizações não governamentais são insuficientes e incapazes de oportunizar o suporte necessário aos usuários (BORDONI, 2019).

Nesse sentido, ressalta-se que, em países como a China e os Estados Unidos, a implementação efetiva do MACC representou melhoria para a qualidade de vida dos pacientes, melhor controle glicêmico e pressão arterial e redução na taxa de hospitalização da população hipertensa (COLEMAN *et al.*, 2009; STELLEFSON; DIPNARINE; STOPKA, 2013; ZHANG, *et al.* 2017).

5 CONCLUSÃO

Este estudo representa uma oportunidade de compreender a implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no município de Santa Maria, sendo referência para 33 municípios inseridos na 4ª CRS. Tendo como objetivo identificar características inovadoras e pertinentes à capacidade institucional voltadas às condições crônicas aplicadas no ambulatório de atenção ambulatorial especializada do Hospital Regional de Santa Maria/RS.

Em síntese, verificou-se características importantes do uso de ferramentas de gestão da clínica, inseridas de acordo com o modelo de atenção às condições crônicas. Identificou-se características de uma população em processo de envelhecimento, com baixo perfil socioeconômico e acentuado risco para o agravamento das condições crônicas já existentes.

A capacidade institucional do ambulatório de atenção especializada sob a perspectiva de seus profissionais de saúde aponta para médias regulares a boas. A dimensão referente a Articulação com a Comunidade foi evidenciada como a principal fragilidade e a Organização de Atenção à Saúde como o maior potencial do estudo.

Como limitação do estudo, destaca-se a rotatividade de profissionais e mudanças políticas, que constituem fatores não abordados e complexos de serem avaliados em curto espaço de tempo, mas que refletem diretamente na qualidade da assistência oferecida e na manutenção dos achados desse estudo. A pesquisa também se limita a informações dos agentes de saúde, uma vez que os usuários não foram avaliados diretamente no tocante à prestação e percepção do cuidado auferido pelo serviço analisado.

Na perspectiva para trabalhos futuros, sugere-se a reaplicação do instrumento, a fim de oportunizar avaliação e comparação dos resultados em momentos temporais distintos. Além disso, propõe-se a realização de pesquisas que avaliem a percepção dos usuários, por meio do instrumento Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas (*Patient Assessment of Chronic Illness Care – PACIC*), o qual poderá obter uma avaliação mais completa acerca da atenção ofertada e da capacidade de autocuidado dos usuários, considerando-se este um componente do MACC.

6 REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V.; NORONHA, K.; OLIVEIRA, C. DI L.; CARDOSO, C.S.; CALAZANS, J. A.; JULIÃO, N. A.; SOUZA, A. de; TAVARES, P. A. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 36, 2019.



Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102. Acesso em: 30 ago. 2020.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M.G.; MORAIS NETO, O.L. de; DUARTE, E. C. O nascimento, a vida, o adoecimento, a morte e a atenção à saúde da população brasileira durante 20 anos de Sistema Único de Saúde: uma síntese. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BENGOA, R. Curar y cuidar. *In*: BENGOA, R.; NUÑO, R. S. **Curar y cuidar**: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson, 2008.

BERNARDES A. Perspectivas contemporâneas da liderança e gestão em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2018. Editorial.

BORDONI, M. Z. B. **Avaliação da capacidade institucional para atenção às condições crônicas nos serviços de saúde especializados em idosos na cidade de Manaus-AM**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, 2019. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7628>. Acesso em: 09 nov. 2022.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS Debate**: inovação na atenção ambulatorial especializada. Brasília: CONASS, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020.



BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021**. Brasília: 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/>. Acesso em: 25 out. 2021.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS). **Redução das desigualdades no período de uma geração**. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Lisboa: OMS, 2010.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHILLO P.; ISMAIL, A.; SANYWA, A.; RUGGAJO, P.; KAMUHABWA, A. Hypertensive retinopathy and associated factors among nondiabetic chronic kidney disease patients seen at a tertiary hospital in Tanzania: a cross - sectional study. **International Journal of Nephrology and Renovascular Disease**, v. 12, p. 79-86, 2019.

COLEMAN, K.; AUSTIN, B.; BRACH, C.; WAGNER, E. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. **Health Affairs**, v. 28, n. 1, p. 75-85, 2009.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080009>. Acesso em: 11 out. 2022.

ETTEHAD, D.; EMDIN, C.; KIRAN, A.; ANDERSON, S.G.; CALLENDER, T.; EMBERSON, J.; CHALMERS, J.; RODGERS, A.; RAHIMI, K. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 387, issue 10022, p. 957-967, 2016.

EVANGELISTA, M.J. de O.; GUIMARÃES, A.M.D.N.; DOURADO, E.M.R.; VALE, F.L.B. do. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2115-2124, 2019.

GARNELO, L.; LUCAS, A.C. dos S.; PARENTE, R.C.P.; ROCHA, E.S.C.; GONÇALVES, M.J.F. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 158-172, 2014.

GREGORY, G.A.; ROBINSON, T.I.G.; LINKLATER, S.E.; WANG, F.; COLAGIURI, S.; DE BEAUFORT, C.; DONAGHUE, K.C. Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 10, p. 741-760, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(22\)00218-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(22)00218-2/fulltext). Acesso em: 22 out. 2022.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2019/Coordenação de Contas Nacionais. Rio de Janeiro, 2022.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas**. 10. ed. International Diabetes Federation, 2021. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org/>. Acesso em: 15 out. 2021.

KHUNTI, K.; CHEN, H.; CID-RUZAFKA, J.; FENICI, P.; GOMES, M.B.; HAMMAR, N.; JI, L.; KOSIBOROD, M.; POCOCK, S.; SHESTAKOVA, M.V.; SHIMOMURA, I.; TANG, F.; WATADA, H.; NICOLUCCI, A. DISCOVER investigators. Glycaemic control in patients with type 2 diabetes initiating second-line therapy: Results from the global DISCOVER study programme. **Diabetes Obes Metab**, v.1, p. 66 -78, 2020.

LIRA, S.; GOULART, R.M.; ALONSO, A.C. A relação entre o estado nutricional e presença de doenças crônicas e seu impacto na qualidade de vida de idosos: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 15, n. 3, p. 81-86. 2017. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4572. Acesso em: 24 out. 2022.

MALTA, D.C.; STOPA, S.R., SZWARCOWALD, C. L., GOMES, N. L., SILVA JÚNIOR, J. B., REIS, A. A. C. DOS. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2015.

MASSA, K.H.C; DUARTE, Y.A.O; FILHO, A.D.P.C. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 105-114, 2019

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E.V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MENDES, E.V. O Cuidado Das Condições Crônicas Na Atenção Primária À Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, abr./jun., 2018.

MOYSÉS, S.T.; SILVEIRA FILHO, A.D.; MOYSÉS, S.J. (org.) **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília, DF: OPAS; Conselho Nacional de Saúde, 2013.



PAIM, J. S. **SUS: Sistema Único de Saúde** que você precisa saber. São Paulo: Atheneu, 2019.

PAULA, E.A.de.; SCHWARTZ, E.; NUNES, B.P.; SANTOS, B.P. DOS.; BARCELÓ, A. Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 24, n. 68990, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/68990>. Acesso em: 12 nov. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos. **Diagnóstico da Situação da Pessoa Idosa no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190301/27130102-diagnostico-dos-direitos-humanos-da-pessoa-idosa.pdf>. Acesso em: 24 out. 2022.

SCHWAB, G.L.; MOYSÉS, S.T.; KUSMA, S.Z.; IGNÁCIO, S.A.; MOYSÉS, S.J. Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 307-318, 2014.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/RS). **Termo de Referência Padrão: Ambulatório de Especialidade em Hipertensão e Diabetes Mellitus**. Elaboração, distribuição informações: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (org.). Porto Alegre, 2018.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN (SBIBAE). **Nota técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2020.

STELLEFSON, M; DIPNARINE, K; STOPKA, C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. **Preventing Chronic Disease**, v. 10, p. 1-21, 2013.

SUNAERT, P.; BASTIAENS, H.; FEYEN, L.; SNAUWAERT, B.; NOBELS, F.; WENS, J.; VERMEIRE, E.; ROYEN, P.V.; MAESENEER, J. de.; SUTTER, A. de.; WILLEMS, S. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: 'the Belgian experience'. **BMC Health Services Research**, London, v. 9, n. 152, p. 1-14, ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-152>. Acesso em: 14 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases progress monitor 2020**. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/ncd-progress-monitor-2020>. Acesso em: 5 jul. 2021.

ZHANG, Y.; TANG, W.; ZHANG, Y.; LIU, L.; ZHANG, L. Effects of integrated chronic care models on hypertension outcomes and spending: a multi-town clustered randomized trial in China. **BMC Public Health**, v. 17, n. 244, p. 1-11, 2017.