

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA — PROFSAÚDE

Kerli Froeder Neves

REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Juiz de Fora
2021

Kerli Froeder Neves

**REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família, Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra.

Orientadora: Prof.^a Dra. Helena de Oliveira

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Froeder Neves, Kerli .

Reorganização do fluxo de hipertensos e diabéticos em uma Equipe de Saúde da Família / Kerli Froeder Neves. -- 2021.
98 f. : il.

Orientadora: Helena de Oliveira

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.

1. Avaliação de serviços de saúde. 2. Diabetes Mellitus. 3. Hipertensão.
I. Oliveira, Helena de, orient. II. Título.

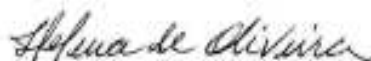
Kerli Froeder Neves

Reorganização do fluxo de hipertensos e diabéticos em uma Equipe de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família, Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra.

Aprovada em 30 de junho de 2021.

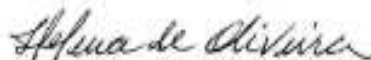
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dra. Helena de Oliveira
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
Orientadora



p/ Prof.ª Dra. Luiza Helena Cazola
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)



p/ Prof.ª Dra. Estela Márcia Saraiva Campos
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção e força diária que inundam a minha família.

À família em que nasci e àquela em que entrei (família do meu marido), que estão comigo sempre, através de orações, vibrações positivas, cuidado e carinho. Como é bom ter vocês.

À família que formei com você, Matias, que está ao meu lado nas horas boas e não tão boas. Você é meu porto. É para nossa família que volto todos os dias e é por ela que minha vida faz sentido. Obrigada por isso, Matias, meu amor por você cresce a cada dia.

Aos meus filhos Pietro, Benício e Enrico.

A você, Pietro, que com seus 2 anos tirou de letra o que vivemos juntos: mamãe iniciando o mestrado e você recebendo um irmãozinho.

A você, Benício, que foi mestrando comigo. Ainda com aquela barrigona, fomos ao primeiro dia de aula. Um dia antes do seu nascimento, fiz todas as atividades do mestrado e fomos ao hospital para a sua chegada, você lembra, Beni? E você lembra também que foi a quase todas as aulas presenciais comigo desde os seus 15 dias de nascido? Lembra também que ficava todas as tardes ininterruptas escrevendo com a mamãe? Obrigada, meu filho, por me dividir com o mestrado.

E a você, Enrico, que me acompanha intraútero nesta gestação de 7 meses que está sendo de resistência: lutamos contra o DIU... É, seu danadinho, você que veio de surpresa, quando a mamãe ainda tinha um DIU. Lutamos contra essa pandemia que nos trouxe preocupações, como medo de contágio e até de desemprego, sim, a vida para as gestantes não está sendo fácil neste momento de pandemia.

À minha Equipe Progresso I, enfermeira, técnica e principalmente às minhas agentes comunitárias de saúde: Mônica e Hilda, que me auxiliaram em todos os momentos de cadastramento, confecção de cartões e todas as atividades educativas. Vocês estiveram presentes, lutando comigo, além de Mair e Elisiane que também se fizeram presentes quando precisei. Este mestrado também é de vocês.

À minha orientadora Helena de Oliveira, que, com suas minuciosidades, me fez crescer, inclusive, espiritualmente.

Aos meus professores avaliadores da banca: Prof.^a Dra. Estela Campos, Prof.^a Dra. Luiza Cazola e Professor Dr. Angelo Geraldo, que, com suas contribuições, enriqueceram muito este árduo trabalho chamado dissertação.

RESUMO

A presente pesquisa é um estudo descritivo, de avaliação de serviços de saúde, que utiliza os registros de produção dos profissionais médico e enfermeiro, obtidos pelo e-SUS. O objetivo principal é avaliar tais registros no que diz respeito à reorganização do fluxo assistencial a hipertensos e diabéticos da Equipe Progresso I. Os dados foram tabulados para construir as respectivas distribuições, medidas de análise descritiva e o teste qui-quadrado foram utilizados. Sobre os resultados, mostra-se que a profissional de enfermagem cumpriu 277,3% de suas metas para atendimentos de pacientes diabéticos pré-intervenção, aumentando para 413,6% pós-intervenção. Após a reorganização, houve aumento da especificidade nas classificações da diabetes, o médico classificou 100% como diabetes insulino dependente pós- intervenção, contra 0% pré-intervenção. Antes da intervenção, classificou 84,4% dos diabéticos como diabetes não-especificado, caindo para 15,6% pós-intervenção. Ocorrendo o mesmo com a enfermeira, onde a classificação para diabetes insulino dependente pré-intervenção foi de 15%, subindo para 84,9%, pós-intervenção. O médico não realizou atendimentos a grupo no período pré-intervenção, cumprindo 100% de sua meta no período pós-intervenção. A reorganização contribuiu para que a multidisciplinaridade e a estratificação de risco pudessem ser aplicadas, melhorando o atendimento aos usuários. A individualização do doente e o atendimento multiprofissional são capazes de prevenir a agudização e complicações da diabetes e hipertensão, pois os atende conforme suas necessidades. Os dados indicam que a reestruturação realizada aumentou a qualidade do serviço prestado e conseqüentemente beneficiou a população adscrita. Utilizou-se de ferramentas como confecção de cartão individual e estratificação de risco orientadas pelo MACC e SES/MG.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes mellitus. Avaliação de Serviços de Saúde.

RESUMEN

Esta investigación es un estudio descriptivo, de evaluación de los servicios de salud, que utiliza los registros de producción de los profesionales médicos y de enfermería, obtenidos por el e-SUS. El objetivo principal es evaluar dichos registros con respecto a reorganización del flujo asistencial para pacientes hipertensos y diabéticos del Equipo Progresso I. Los datos fueron tabulados para construir las respectivas distribuciones, medidas de análisis descriptivo y la prueba de chi-cuadrado fueron utilizados. Sobre los resultados, se demuestra que la profesional de enfermería cumplió el 277,3% de sus metas para atención al paciente diabético antes de la intervención, aumentando al 413,6% post-intervención. Después de la reorganización, hubo un aumento de la especificidad en calificaciones de diabetes, el médico clasificó el 100% como diabetes post-intervención insulín dependiente, frente al 0% antes de la intervención. Antes de la intervención, clasificó al 84,4% de los diabéticos como diabetes no especificada, cayendo al 15,6% después de la intervención. Lo mismo ocurre con la enfermera, donde la calificación para la diabetes insulín dependiente previa a la intervención fue del 15%, aumentando para el 84,9%, post-intervención. El médico no realizó actividades grupales en el período de pre-intervención, cumpliendo el 100% de su objetivo en el período de post-intervención. La reorganización contribuyó a la multidisciplinariedad y estratificación de riesgo, mejorando el servicio a los usuarios. La individualización del paciente y la atención multidisciplinaria son capaces de prevenir la exacerbación y las complicaciones de la diabetes y la hipertensión, porque los atiende según sus necesidades. Los datos indican que la reestructuración realizada aumentó la calidad del servicio prestado y, en consecuencia, benefició a la población inscrita. Usamos herramientas como confección de una tarjeta individual y estratificación de riesgo guiada por el MACC y SES/MG.

Palabras-clave: Hipertensión. Diabetes Mellitus. Avaliação de los Servicios de Salud.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	12
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS	15
2.3 OS DESAFIOS DA BAIXA ADEÇÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	17
2.3.1 Modelo de Determinantes Sociais de Saúde	19
2.3.2 Modelo de Pirâmides de Risco	22
2.3.3 Modelo de Atenção às Condições Crônicas	24
2.3.4 O modelo do SUS	26
2.4 O AUTOCUIDADO APOIADO	28
2.5 GESTÃO DE CASO	29
2.6 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO SUS	30
2.7 PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE JUIZ DE FORA (MG)	33
2.7.1 Plano Diretor da Atenção Primária na Equipe Progresso I	35
2.8 A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS	39
2.9 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	43
3 OBJETIVOS	48
1.1 OBJETIVO GERAL	48
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
4 METODOLOGIA	49
5 RESULTADOS	52
6 DISCUSSÃO	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A — A reorganização realizada	79
APÊNDICE B — Instrumento de coleta de dados (atividades individuais)	81
APÊNDICE C — Instrumento de coleta de dados (atividades coletivas)	82
ANEXO 1 — Classificação da pressão arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade	83
ANEXO 2 — Classificação da hipertensão segundo fatores de risco	84

ANEXO 3 — Estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção	85
ANEXO 4 — Classificação de diabetes segundo controle glicêmico	86
ANEXO 5 — Linha de cuidado para o acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica na APS	87
ANEXO 6 — Consolidado anual confeccionado pela Equipe Progresso I, orientado pelo PDAPS/Juiz de Fora	88
ANEXO 7 — Parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de diabéticos e hipertensos da SES/MG	89
ANEXO 8 — Ficha de atividade individual	90
ANEXO 9 — Ficha de atividade coletiva	92
ANEXO 10 — Problemas/condições avaliadas (ficha de atendimento individual)	93
ANEXO 11 — PEC-AB	94
ANEXO 12 — Relatório de atendimento individual	95
ANEXO 13 — Relatório de atividade coletiva	96
ANEXO 14 — Parecer UFJF	97

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão e o diabetes são Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), consideradas problemas de saúde pública em todo o mundo. Tais patologias, por um lado, diminuem a qualidade de vida do indivíduo e da família, dado o seu alto índice de complicações, sequelas e mortalidade; por outro, acarretam, para os cofres públicos, grandes prejuízos econômicos, seja pela alta taxa de internações, consultas e medicamentos, seja pelos dias de trabalho perdidos, pelas aposentadorias e mortalidade precoces, entre outros (GOULART, 2011; IBGE, 2013; CHUEIRI *et al.*, 2014; MORALES, 2014; OMS, 2015; MALTA *et al.*, 2017; LANDROVE RODRÍGUEZ *et al.*, 2018).

Como solução a esse cenário, no Brasil e em vários outros países, implementou-se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). De origem norte-americana, criado em meados de 2003, seu objetivo principal é melhorar o cuidado ao paciente crônico. Nosso país utilizou outros dois modelos acessórios, para melhor adequação ao Sistema Único de Saúde (SUS): o Modelo de Pirâmides de Risco (MPR) e o Modelo de Determinantes Sociais da Saúde. Juntos, esses modelos visam melhorar a qualidade de atendimento e organização do fluxo de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, na Atenção Primária à Saúde e os outros pontos da rede de atenção (MENDES, 2012).

Dentre outras estratégias que os países estão adotando para conter o avanço dessas patologias e suas consequências, estão a busca ativa de casos; o diagnóstico e tratamento precoces; o acompanhamento periódico e as várias ações preventivas em níveis individual e comunitário, enfatizando a Atenção Primária à Saúde (APS) e tendo esse nível como o eixo organizador da Rede de Atenção.

Em nosso país, diversos programas e ações foram organizados, como a Organização da Vigilância de DCNT, Programa Academia da Saúde, expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), entre outros. Em 2013, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RASPC) foi criada com o objetivo de fomentar uma mudança no modelo de atenção por meio da qualificação do cuidado em todos os pontos de atenção (CHUEIRI *et al.*, 2014).

Na região Leste do Município de Juiz de Fora (MG), localiza-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) Progresso, que possui três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Em agosto de 2017, nesta unidade, iniciei minha atuação como

médica na ESF Progresso I, através do Programa Mais Médicos para o Brasil, com um equipe composta por 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde. Essa equipe era responsável pela cobertura de 3.274 usuários; dentre os adultos, 497 hipertensos e 149 diabéticos, com uma prevalência de 20% e 6% respectivamente.

Após alguns dias de atuação na unidade, observei o intenso fluxo de pacientes no Acolhimento — primeiro momento em que o usuário é recebido na Unidade Básica de Saúde. Após a avaliação realizada pela equipe, concluímos que grande parte desses usuários procurava tal serviço para obter renovação de receitas para condições crônicas, em específico hipertensão e diabetes.

Na tentativa de compreender melhor o problema e encontrar uma solução, verifiquei que, no município de Juiz de Fora, segundo a Portaria 1.445, Art. 11: “Os medicamentos não controlados, destinados ao tratamento de doenças crônicas, portanto, de uso contínuo, poderão ser prescritos para no máximo 180 dias de tratamento” (JUIZ DE FORA, 2009).

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora (PDAPS/JF), como apoio e regulamentação, preconiza e garante uma agenda e horários específicos para o acompanhamento periódico dessa parcela da população, com consultas de acompanhamento com base em Linhas-Guia Estaduais. Neste momento de atendimento ao paciente, deveriam ser reavaliadas e prescritas as receitas dos medicamentos (SES/MG, 2014).

Apesar da existência da Portaria 1.445 e desse agendamento programado pela equipe, observamos baixa adesão dos pacientes ao acompanhamento periódico proposto. Segundo alguns estudos, além do planejamento inadequado dos serviços, motivos relacionados aos pacientes — como aspectos culturais ou falta de orientação — vêm acarretando dificuldades na implementação correta dessa ferramenta, afetando negativamente o acesso desses pacientes (BRASIL, 2014; SES/MG, 2014; FERNANDES *et al.*, 2017).

Visando um planejamento mais eficaz, tendo como base o PDAPS/JF, a Linha-Guia da SES/MG e o MACC, reorganizamos o fluxo de pacientes hipertensos e diabético em nossa equipe. Garantindo, desse modo, o acesso não só às consultas médicas, mas também às de enfermagem e às atividades educativas.

O objetivo deste estudo é, portanto, avaliar os resultados do processo de reorganização proposto.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Doenças Crônicas Não Transmissíveis são, hoje, um dos grandes desafios para a saúde pública em diversos países do mundo — sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento —, caracterizando uma verdadeira epidemia (GOULART, 2011; IBGE, 2013; CHUEIRI *et al.*, 2014; MALTA *et al.*, 2017; LANDROVE RODRÍGUEZ *et al.*, 2018). Essas doenças constituem um conjunto de patologias de etiologia multifatorial, curso clínico insidioso, mau prognóstico e, em sua maioria, incuráveis. Nesse contexto, para que maior longevidade e melhor qualidade de vida sejam alcançadas, são necessárias intervenções diversificadas e individualizadas, tendo como estratégia a continuidade do cuidado.

As patologias mais importantes que fazem parte das DCNT são as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e doenças mentais (GOULART, 2011). Dentre essas, as mais prevalentes, variando de 8% a 43,9% de acordo com cada região brasileira, são representadas pelo Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (MALTA *et al.*, 2017) — objetos do presente estudo. Estima-se que quase a metade das pessoas acometidas por essas doenças desconheça sua condição (MORALES, 2014; OPAS, 2008; MALTA *et al.*, 2017; GUSSO; POLI NETO, 2012; LOBO *et al.*, 2017; IBGE, 2013).

A respeito da etiologia das DCNT, podemos destacar como os principais fatores de risco: sedentarismo, tabagismo, sobrepeso/obesidade, alcoolismo, baixo consumo de frutas e hortaliças e alto consumo de gorduras saturadas (GOULART, 2011). Além disso, Lobo *et al.* (2017) realçam que:

Quando expostas a fatores de risco, [...] as pessoas em pior posição socioeconômica teriam maior probabilidade de apresentar doença, devido a um diferencial de vulnerabilidade a que estão expostas. [Além disso] O indivíduo em pior situação econômica, estando doente, teria mais dificuldades de acesso a serviços de saúde, cuidados médicos e tratamentos necessários para a sua reabilitação (LOBO *et al.*, 2017, p. 10).

Sendo assim, a ocorrência depende de fatores externos (ou ambientais) e internos (ou genéticos). Dentre os externos ou ambientais, podemos citar, em um primeiro nível, os macrodeterminantes socioeconômicos: pobreza, desigualdade

social, desemprego, instabilidade social, comércio injusto e desequilíbrios globais (GOULART, 2011; LOBO *et al.*, 2017). Em um segundo nível, o sedentarismo, tabagismo, sobrepeso/obesidade, alcoolismo, baixo consumo de frutas e hortaliças e alto consumo de gorduras saturadas (GOULART, 2011).

O curso clínico das DCNT é insidioso, caracterizado por um longo período assintomático. Pode ser marcado por agudizações, acometimento progressivo de vários órgãos, ocorrência de incapacidades, mortalidade precoce e mau prognóstico. No caso da HAS, por exemplo, pode ocorrer, como causa aguda, o chamado acidente cerebrovascular e, como causa crônica comum, a insuficiência renal crônica. Quanto ao DM, podemos citar as infecções, como causa aguda, e doença renal crônica, como causa crônica (GUSSO, POLI NETO, 2012; LONGO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2015).

Por terem esse mau prognóstico, elas representam entre 40% e 90% dos óbitos no mundo (MALTA *et al.*, 2017; GOULART, 2011; CHUEIRI *et al.*, 2014). Como afirma Goulart (2011, p. 12): “[...] são mais de 36 milhões de mortes anuais consequentes à DCNT no mundo e elas representam quase dois terços das mortes anuais globais”. Além disso, segundo Dantas *et al.* (2018), no período de 2010 a 2015, a hipertensão arterial sistêmica respondeu por 493.299 internações, representando 0,73% das internações no Brasil.

Os custos também são altos, principalmente se forem consideradas as complicações de longo prazo, acarretando o uso intenso e prolongado de medicamentos e outros recursos terapêuticos, consultas a especialistas, exames complementares, grande contingente de internações, faltas ao trabalho e aposentadorias precoces (IBGE, 2013; CHUEIRI *et al.*, 2014; MORALES, 2014; OMS, 2015; MALTA *et al.*, 2017; LANDROVE RODRÍGUEZ *et al.*, 2018).

Para Goulart (2011, p. 62), “essas despesas podem absorver até três quartos dos gastos nacionais anuais com cuidados de saúde, como já acontece nos EUA e outros países industrializados”. Dessa forma, as DCNT afetam a economia estatal em grande escala — seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Goulart (2011) afirma que:

já se estimou que, para cada incremento de 10% na mortalidade por DCNT, o crescimento econômico fica reduzido em até 0.5%. Com base em tais evidências, o Fórum Econômico Global e a OMS colocam as DCNT entre as principais ameaças globais ao desenvolvimento econômico (GOULART, 2011, p. 16).

Os custos para o tratamento das DCNT são altos, ainda mais quando se consideram as complicações de longo prazo, tais como: acidente cerebrovascular, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica. Para esse quadro, contribuem o uso intenso e prolongado de medicamentos e outros recursos terapêuticos, de consultas a especialistas, exames complementares, grande contingente de internações, faltas ao trabalho e aposentadorias precoces (IBGE, 2013; CHUEIRI *et al.*, 2014; MORALES, 2014; OMS, 2015; MALTA *et al.*, 2017; LANDROVE RODRÍGUEZ *et al.*, 2018).

Corroborando os prejuízos econômicos, especificamente no caso do Brasil, Goulart (2011) adverte que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar, resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular cerebral) gerariam uma perda na economia brasileira estimada em US\$ 4,18 bilhões entre os anos de 2006 e 2015. O grande impacto que essa alta prevalência e mortalidade acarretam, principalmente para os países em desenvolvimento, vem trazendo este tema como prioridade na agenda global (GOULART, 2011).

Para melhorar o prognóstico, e manter a qualidade de vida do indivíduo afetado pelas DCNT, é necessário um processo de cuidado contínuo, precoce, complexo, com múltiplas intervenções: medicamentosas, psicológicas, familiares, ambientais e no estilo de vida (GUSSO; POLI NETO, 2012). Em que pesem os desafios para seu controle — com a multiplicidade de intervenções necessárias —, a Organização das Nações Unidas (ONU) pactuou com vários países um programa para o enfrentamento dessas doenças denominado *Health In All Policies* (HIAP) ou “Saúde Em Todas As Políticas” (MALTA *et al.*, 2016; GOULART, 2011). Em linhas gerais, essa é uma abordagem de políticas públicas intersetoriais que considera, na tomada de decisões, a priorização das políticas públicas que tragam maiores benefícios para a população e maior equidade.

Como exemplo, temos a República de Cuba, um país pioneiro nessa prática. Desde 1992, através de um plano estratégico, Cuba estabeleceu as primeiras ações e metas integradas para enfrentar as DCNT. Em 1994, o país criou o Departamento de Doenças Não Transmissíveis e o Centro de Promoção e Educação para a Saúde, ambos localizados no Ministério de Saúde Pública. Ao mesmo tempo, estruturas similares foram construídas, tendo pessoal especializado nos estados e nos grupos de trabalho até o nível municipal. Essa organização incorporou novas tecnologias, fortaleceu as ações comunitárias e intersetoriais, promoveu o foco multidisciplinar, consolidou a vigilância dos fatores de risco e das DCNT e contribuiu para a reorientação da estratégia da atenção primária, vigente até os dias de hoje (LANDROVE RODRÍGUEZ *et al.*, 2018).

No contexto brasileiro, diversas ações e programas vêm sendo realizados, com destaque para a Vigilância de DCNT; a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); o Programa Academia da Saúde; a adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; o Guia Alimentar para a População Brasileira, políticas de alimentação saudável correlatas; o programa Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço; o Programa Brasil sem Miséria.

Além desses programas de natureza intersetorial, aliada à expansão da Atenção Básica em Saúde, foi criada em 2013 a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RASPC), “com o objetivo de fomentar a mudança do modelo de atenção das pessoas com doenças crônicas por meio da qualificação do cuidado em todos os pontos de atenção” (CHUEIRI *et al.*, 2014, p 116). O resultado desses programas no Brasil tem sido alentador, acarretando uma diminuição de 26% nas taxas de mortalidade, em ambos os sexos, e em todas as regiões do país (GOULART, 2011).

O recorte das DCNT do presente estudo contempla apenas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tipo 2.

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus tipo 2 são doenças caracterizadas por aumento sustentado dos níveis de pressão arterial e de glicose

no sangue, respectivamente, e com grande potencial de acarretar complicações e sequelas (FERREIRA *et al.*, 2016). A prevalência nacional para hipertensão varia, de acordo com as regiões do país, entre 20% a 43,9%, e diabetes mellitus varia entre 7,1% a 20%. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2019 apontam que a prevalência da região sudeste foi de 23,3% para hipertensos e de 7,1% para diabéticos. Na capital mineira, foi de 26,5% e de 7,5% respectivamente (IBGE, 2013; ANDRADE *et al.*, 2013; BRASIL, 2015, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2016; MALTA *et al.*, 2017; GUSSO, 2012; LOBO *et al.*, 2017; PÉREZ *et al.*, 2017; NOGUEIRA *et al.*, 2019).

Dado que são silenciosas nos períodos iniciais, quando existe a sintomatologia, ela se expressa com cefaleia no caso da HAS; com poliúria, polidipsia e polifagia no caso do diabetes; nos estágios mais avançados, em ambas, com náuseas, distúrbio visual, confusão mental (LONGO *et al.*, 2013; OGMAN, 2014).

Quanto ao diagnóstico, o da HAS é realizado pela detecção de níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA), ou seja, acima de 140/90 mmHg (em adultos), pela medida casual, com técnica adequada. O diagnóstico do diabetes mellitus é feito através de 4 exames laboratoriais: (1) a glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl; (2) glicemia casual maior que 200 mg/dl. (3) o teste de tolerância à glicose, com valor maior que 200 mg/dl; (4) hemoglobina glicada maior ou igual a 6,5% (SBC, SBH, SBN, 2010, LONGO *et al.*, 2013; GUSSO; POLI NETO, 2012; MAGNABOSCO, 2015).

Como sérias complicações decorrentes de um tratamento não realizado corretamente, no caso da HAS, pode ocorrer acidente vascular encefálico, doença coronariana e insuficiência renal (GUSSO; POLI NETO, 2012; FERREIRA *et al.*, 2016). Gusso e Poli Neto (2012) afirmam que:

“[...] a HAS é responsável por cerca de 40% das mortes por Acidente Vascular Encefálico (AVE); 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal” (GUSSO; POLI NETO, 2012, p. 3715).

No caso do diabetes, as complicações se dividem em agudas ou crônicas. Dentre as agudas, estão a cetoacidose diabética, o coma hiperosmolar e a hipoglicemia (LONGO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2015). Dentre as crônicas,

apresentam-se as retinopatias, neuropatias, infarto, amputações, doença renal crônica (SILVA *et al.*, 2015, SESSO *et al.*, 2014; NOGUEIRA *et al.*, 2019).

O tratamento de ambas as patologias é dividido em duas vertentes: farmacológico e não farmacológico. O farmacológico, no caso da HAS, consiste em medicamentos com efeitos hipotensores, cuja qualidade e quantidade variam de acordo com as comorbidades, a idade, o sexo, a cor da pele, entre outros. No tratamento do diabetes mellitus tipo 2, constam medicamentos hipoglicemiantes, com classe e posologia variando de acordo com a gravidade do caso (ALMEIDA, J. S.; ALMEIDA, J. M, 2018; NOGUEIRA *et al.*, 2019; SES/MG, 2015).

Em que pese a eficácia dos medicamentos, a terapêutica não farmacológica é imprescindível para o bom controle dos níveis pressóricos e também glicêmicos. Esse tratamento tem como meta realizar modificações no estilo de vida, tais como: redução e controle do peso corporal, realização de exercícios físicos regulares, baixa ingestão de sal, alimentação adequada, abolição do hábito de fumar, redução de ingestão alcoólica e reeducação alimentar — com diminuição de açúcares, carboidratos e gorduras saturadas (PÉREZ *et al.*, 2017; LOBO *et al.*, 2017; SES/MG, 2015).

2.3 OS DESAFIOS DA BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Os motivos para a baixa adesão, mesmo diante de um quadro de gravidade, se encontram em fatores de diversas ordens. Em primeiro lugar, os medicamentos, embora eficazes, exigem mais de uma tomada diária. Eventualmente, o tratamento prevê mais de uma classe de fármacos de uso contínuo, os quais frequentemente podem causar efeitos colaterais.

Além disso, outros fatores relacionados são o alto custo dos medicamentos, ausência de sintomas, desconhecimento da cronicidade e complicações da doença, relação médico-paciente inadequada e até diminuição da adesão pelos desafios de mudança no estilo de vida que o tratamento exige (GUSMÃO *et al.*, 2006; ISER *et al.*, 2013; LÓPEZ *et al.*, 2014; LINARI *et al.*, 2018).

Outro conjunto de fatores contribui para a baixa adesão: gênero masculino; etilismo; faixa etária até 59 anos; classe econômica baixa; menor tempo de doença; baixo nível de conhecimento sobre a doença e o hábito de se procurar o serviço de saúde somente em casos de urgência (MAGNABOSCO *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2016). Podem ainda ser acrescentados os fatores socioculturais que, ao influenciarem a percepção sobre o cuidado de uma doença crônica, afetam a qualidade do tratamento (GOMES-VILLAS BOAS *et al.*, 2014).

Para aumentar a adesão e as chances de sucesso, o tratamento supõe um acompanhamento periódico, continuado, e de acordo com as necessidades de cada indivíduo. A eficácia desse método se confirma em estudo realizado na Noruega, em que, após 6 anos de intervenção, modificações foram alcançadas em alguns componentes do estilo de vida (ARAÚJO *et al.*, 2016). Para que isso ocorra, o tratamento deve ser realizado através de políticas governamentais e institucionais que viabilizem a utilização de toda a rede de atenção à saúde (SILVA *et al.*, 2015). Com seus níveis primário, secundário e terciário.

Ao nível primário de atenção, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), cabe o acompanhamento de todos os casos que exijam atenção ambulatorial. Este nível deve funcionar como o elo de coordenação de toda a rede de serviços de saúde voltados para a assistência aos portadores dessas patologias, dada a sua privilegiada proximidade geográfica, afetiva e abordagem interdisciplinar (LIMA *et al.*, 2018). Para o nível secundário, ficam reservados os casos mais complexos, de difícil controle, mas ainda em regime ambulatorial. Ao nível terciário, cabem os atendimentos às agudizações e complicações graves dessas doenças, que geram hospitalizações.

No Brasil, ainda existe um número considerável de pessoas sendo diagnosticadas nos serviços de urgência/emergência, com agudizações ou complicações dessas patologias. Observa-se que, quando essa é a porta de entrada para o diagnóstico de HAS e DM, em geral, as complicações já estão instaladas e, muitas vezes, prevalecem as sequelas (KHAN *et al.*, 2009).

Por terem suas áreas de abrangências definidas e trabalharem de forma multidisciplinar com enfermeiros, médicos, técnicos, agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais, as equipes de Estratégia e Saúde da Família (ESF) —

atuantes no nível primário de atenção — são capazes de oferecer maior acesso e cuidado adequado aos seus pacientes, promovendo saúde, tratando e cuidando de sua população.

Os modelos de atenção à saúde que efetivamente podem dar conta do controle das DCNT devem ter em foco algumas características, como a ênfase na atenção primária à saúde (APS), não só como porta de entrada do sistema e instância reguladora do acesso ao mesmo. Como também a capacitação dos pacientes para o autocuidado, seja como empoderamento, autonomia ou participação nos processos decisórios clínicos (GOULART, 2011, p. 46).

Com o trabalho em equipe e o vínculo estabelecido com usuários, os fluxos assistenciais podem ser mais bem organizados, de forma a garantir assistência adequada. Em outros termos, essas são as características evidentes de uma APS bem-sucedida. Esse modo de funcionamento responsabiliza equipes e usuários, cada um desempenhando seu papel para que os fluxos funcionem, diminuindo as sequelas causadas pela omissão do cuidado, tanto por parte dos próprios pacientes, como também pela equipe que não é capaz de gerir e compartilhar o cuidado (ALMEIDA, J. S.; ALMEIDA, J. M, 2018).

O papel dos profissionais de saúde é indispensável no processo de adesão às ações de um programa ou intervenção. Atividades educacionais voltadas para o autocuidado e o trabalho em grupos de pacientes envolvendo toda a equipe de saúde pode ser útil por propiciar troca de informações, esclarecer dúvidas e atenuar ansiedades além da convivência com outras pessoas que apresentam problemas semelhantes (ARAÚJO *et al.*, 2016, p. 82).

2.3.1 Modelo de Determinantes Sociais de Saúde

O Modelo de Determinantes Sociais de Saúde, de Dahlgren e Whitehead, propõe elucidar como o meio socioeconômico, cultural e ambiental influenciam no padecimento da doença crônica (MENDES, 2012). Além disso, estabelece uma relação entre as condições sociais e de trabalho, onde as pessoas e grupos sociais estão inseridos, e a situação de saúde individual e de grupos. Ainda permite identificar, dentro de uma grande população, quais grupos possuem mais riscos de adoecimento e, dentro de um grupo menor, os riscos mais relacionados aos indivíduos, para que posteriormente os setores responsáveis, como os órgãos de saúde, por exemplo, possam realizar as intervenções necessárias (BUSS, FILHO, 2007; SCLIAR, 2007).

São apresentadas, nesse modelo, 5 camadas com as respectivas intervenções possíveis, conforme apresenta a Figura 1 a seguir:



Figura 1 — As 5 camadas do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde

Fonte: Mendes (2012).

Na primeira camada, estão os indivíduos com seus determinantes individuais — como hereditariedade, sexo e idade, que são os chamados fatores não modificáveis —, exercendo influência sobre sua condição de saúde. Por não serem passíveis de modificação, não há intervenção possível a ser realizada nesta primeira camada.

Na segunda, estão alguns determinantes proximais: o estilo de vida e os comportamentos individuais. Para intervir na camada 2, é necessário atuar nos pequenos grupos, investindo, por exemplo, em educação em saúde.

Na terceira, estamos em presença de determinantes sociais: as redes sociais, em que o acesso à informação, a rede criada entre as pessoas e os laços entre elas influenciam diretamente em sua condição de saúde. Nesse contexto, o poder público pode interferir, criando e fortalecendo redes de suporte sociais, inserindo-as no

processo democrático das decisões políticas locais, aumentando sua participação e colaboração em atividades coletivas nas comunidades (MENDES, 2012).

Na quarta camada, estão os determinantes intermediários, que compõem as condições de vida e trabalho. Desse modo, a oferta de serviços e bens, como saúde, educação, alimentação, saneamento básico, interferem diretamente nas condições adequadas de vida, vulnerabilizando uma parcela de indivíduos, que, conseqüentemente, terá maior risco de não conseguir manter uma condição de saúde adequada. Para diminuir esses riscos, o Estado deve interferir em serviços básicos como saneamento, acesso à educação, serviços sociais e habitacionais.

A quinta camada, os também chamados macrodeterminantes, está constituída pela situação econômica, cultural e ambiental de um estado ou país e interfere em todas as camadas inferiores. Intervir, nesse contexto, significa criar políticas públicas que possam dar qualidade de vida à população, reduzindo a pobreza, diminuindo, assim, a desigualdade social, por exemplo (MENDES, 2012).

2.3.2 Modelo de Pirâmides de Risco

O segundo modelo, Pirâmides de Risco, conhecido também como Modelo de Risco da Kaiser Permanente, foi criado no norte da Califórnia, nos EUA, em meados de 1996, por uma empresa de planos de saúde que tinha o objetivo de diminuir custos do tratamento de alguns doentes. O modelo consiste em adequar o cuidado ao paciente crônico — e os respectivos gastos — à gravidade da doença.

Nesse modelo, os pacientes crônicos com risco baixo são aqueles que estão no nível 1 da pirâmide, têm condição crônica leve e representam 70% a 80% dos pacientes crônicos. As intervenções recomendadas devem ser realizadas no nível primário de atenção e se resumem em: autocuidado apoiado e grupos educativos (também chamados grupos operativo).

Pacientes crônicos com risco moderado estão no nível 2 da pirâmide, possuem uma condição crônica moderada e representam 20% a 30% dos pacientes crônicos. As intervenções para esses pacientes são: autocuidado apoiado, atenção pela equipe de APS e especialistas, além de gestão da condição da saúde.

De 1% a 5% são pacientes com uma condição complexa e, por isso, estão no nível 3 de gravidade da doença. Esses são portadores de condição crônica grave,

necessitam de maior cuidado profissional pela equipe de APS e especialistas, gestão da condição da saúde e gestão de caso, (MENDES, 2012) conforme Figura 2 a seguir.

Figura 2 — Os 3 níveis do Modelo de Pirâmides de Risco



Fonte: Mendes (2012).

2.3.3 Modelo de Atenção às Condições Crônicas

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas foi criado nos Estados Unidos, em meados de 2003, e é utilizado em vários países, desde então. Atua em dois grandes campos: o primeiro é responsável pelo sistema de atenção à saúde e o segundo, responsável pela comunidade. Esses campos englobam 6 elementos: os cinco primeiros são referentes ao campo 1 (organização da atenção à saúde, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte às decisões, sistemas de informação clínica e autocuidado apoiado) e o sexto elemento corresponde ao campo 2, referindo-se ao local e aos responsáveis pela articulação dos serviços de saúde, conforme apresenta a Figura 3 a seguir:

Figura 3 — Os dois campos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: Mendes (2012).

O primeiro elemento — a organização da atenção à saúde — baseia-se em políticas públicas que garantem o acesso genérico aos serviços de saúde. Além disso, refere-se de maneira geral:

à disponibilidade de consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, atividades coletivas, atendimentos em grupo, procedimentos de enfermagem, exames e medicamentos de acordo com as necessidades da população (MENDES, 2012, p. 142).

O segundo elemento — o desenho do sistema de prestação de serviços de saúde — se refere, de maneira específica, à disponibilidade de ações de saúde programadas e periódicas. Visa garantir o acompanhamento longitudinal do paciente.

O terceiro elemento — o suporte a decisões — atribui às diretrizes clínicas pautadas em evidências, outra base para a atenção à saúde. Essas diretrizes devem ser objeto de capacitação das equipes e serem compartilhadas com os usuários, através da educação permanente e em saúde, respectivamente.

O quarto elemento — o sistema de informação clínica — tem como ponto-chave a informação precisa, acessível e oportuna sobre os doentes crônicos,

de forma a permitir tanto a estratificação de risco desses usuários, quanto seu monitoramento ao longo do tempo.

O quinto elemento — o autocuidado — supõe uma forma similar e específica de orientação e apoio ao usuário em tratamento farmacológico e não farmacológico, dados por todos os membros da equipe de saúde. Visa o empoderamento de usuários e suas famílias, para que possam ser capazes de gerenciar sua doença (MENDES, 2012).

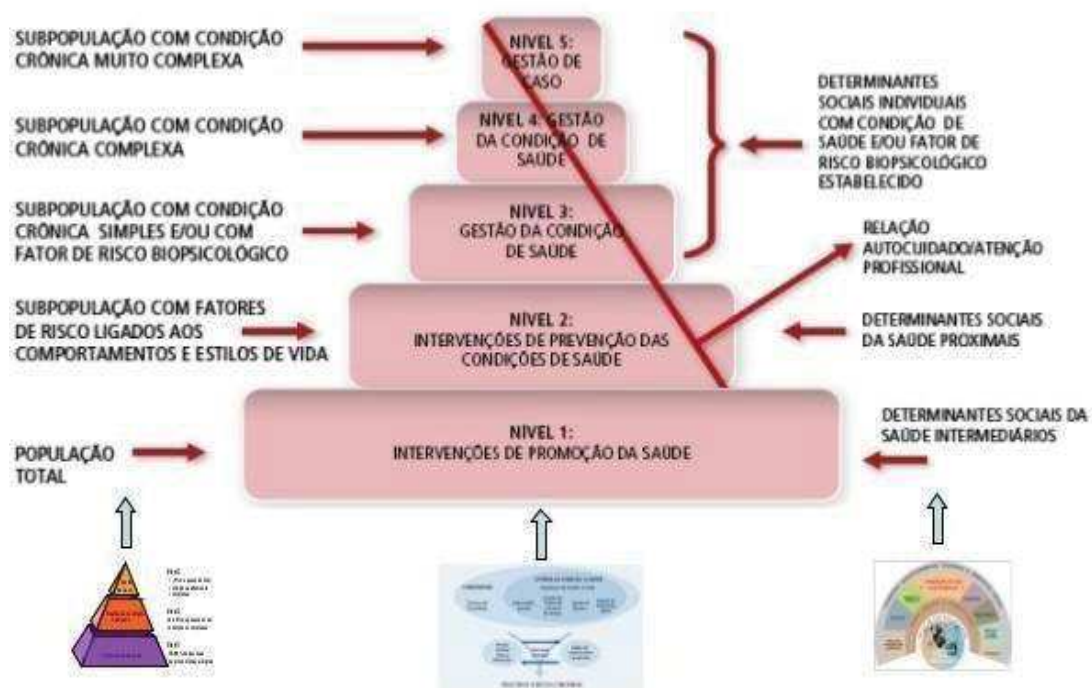
O sexto e último elemento do MACC é representado pelos recursos da comunidade, onde a participação popular é de extrema importância. Usuários e conselheiros de saúde são atores principais no processo de melhoria da atenção à saúde do portador de doença crônica (MENDES, 2012).

2.3.4 O modelo do SUS

Como afirmado, na Atenção Primária, para tratar pessoas com DCNT é preciso construir um modo particular de funcionamento dos serviços. Sendo assim, o modelo implantado em nosso Sistema Único de Saúde utiliza o Modelo de Atenção às Condições Crônicas e se funde aos outros dois modelos também descritos anteriormente — Modelo de Determinantes Sociais e Pirâmide de Risco da Kaiser ou Pirâmides de Risco.

A sintetização e esquematização desse modelo está presente na Figura 4 a seguir, a qual demonstra os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações. Esses níveis estão relacionados às subpopulações de uma determinada população total, em uma área de abrangência de uma ESF.

Figura 4 — Sintetização dos modelos utilizados pelo Sistema Único de Saúde



Fonte: Mendes (2012).

O nível 1 é responsável pelas intervenções de promoção da saúde, onde se encontra a população total de uma UBS. O determinante social, nesse nível, corresponde aos determinantes intermediários, isto é, aqueles relacionados às condições de vida e de trabalho, nas quais há oferta de serviços e bens.

O nível 2 zela pelas intervenções de prevenção das condições de saúde, incidindo na subpopulação com diferentes fatores de risco relacionados ao comportamento e ao estilo de vida. Nesse segundo nível, o determinante social se refere aos chamados determinantes proximais, onde será necessário realizar intervenções para mudança no estilo de vida e nos comportamentos individuais.

Os níveis 3, 4 e 5 apresentam determinantes sociais individuais com condição de saúde e/ou fator de risco biopsicológico, que está representado pela camada 1 do modelo de determinantes sociais — nos quais, além de necessitar de cuidados individuais dos profissionais de saúde, o paciente deverá receber orientação deles para realizar o autocuidado apoiado.

Nesse sentido, o nível 3 é responsável pela gestão da condição de saúde em casos simples, incidindo nas subpopulações com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida. O nível 4, por sua vez, é responsável pela gestão da condição de saúde, mas em casos complexos (graves), incidindo nas subpopulações com doenças crônicas estabelecidas, mas de risco alto. Por fim, o nível 5 é responsável pela gestão de casos, incidindo em pessoas com condições de saúde muito complexas.

Essas divisões facilitam o processo do cuidado da população, pois a subdivide em subpopulações específicas, focando o planejamento do cuidado em grupos específicos. Desse modo, as responsabilidades são distribuídas para cada setor dos níveis primário, secundário e terciário da atenção à saúde, aprimorando a gestão do cuidado (MENDES, 2012).

2.4 O AUTOCUIDADO APOIADO

O autocuidado, fator primordial utilizado nos modelos anteriormente descritos, é uma estratégia de construção de um projeto terapêutico junto ao paciente. Essa prática proporciona mudanças de hábitos, motivando o paciente a autogerir seu cuidado, dando-lhe ferramentas, para que possa ter a capacidade de ser o ator principal no âmbito do manejo de uma doença crônica.

Assim, aprimorou-se ao longo dos anos, a chamada metodologia dos 5 As: *avaliação* (tendo como elementos crenças, comportamentos e conhecimentos do paciente); *aconselhamento* (provisão de informação sobre os riscos da saúde e os benefícios da mudança); *acordo* (definição colaborativa de metas, de plano de ações e de grau de confiança); *assistência* (identificação de barreiras, tecnologia de solução de problemas e apoio material e/ou social); por fim, *acompanhamento* (implantação do sistema de monitoramento).

Preconizam *Fernandes et al.* (2017) que, no âmbito da doença crônica, essa estratégia pode ser utilizada desde a suspeita até o diagnóstico, perpassando toda a vida da pessoa doente, proporcionando intervenções, em maior ou menor frequência, dependendo das condições em que o doente se encontrar. Sendo assim, o foco do autocuidado apoiado é que o paciente seja capaz de gerir seu próprio

cuidado, mas ciente da existência do apoio de uma ESF responsável por orientá-lo, aumentando o conhecimento de sua condição.

Desse modo, é possível para o paciente aprimorar seu próprio cuidado, de forma que ambos os atores tenham contribuições expressivas. Dentro das estratégias do MACC, o autocuidado passa por todos os níveis, em maior ou menor grau, nos quais o paciente deve ser acompanhado na gestão de caso uma ferramenta que surge da gestão da condição da saúde (MENDES, 2012).

A gestão da condição da saúde surgiu em 1993 nos EUA, expandindo-se e sendo aplicada em países cujo foco foi o sistema de saúde pública, como na Europa Ocidental, por exemplo. É uma tecnologia advinda da gestão da clínica, em que o propósito é o de direcionar as condutas dos profissionais de saúde para melhor gestão do cuidado da população, que necessita um serviço de saúde, em uma situação específica, seja ela, cuidados com uma gestante, pessoas com doenças crônicas ou incidindo em fatores de risco biopsicológicos como dislipidemia ou depressão por exemplo.

Baseia-se em evidência científica e tecnologias, utilizando recursos gerenciais, educacionais e de cuidado para prestar um serviço efetivo e de qualidade. Além disso, cria Linhas-Guia específicas para cada condição de saúde apresentada e, pela longitudinalidade do cuidado, é muito bem aplicada na atenção primária, ainda que deva ser utilizada em todos os pontos da rede de atenção (MENDES, 2011).

As pessoas usuárias portadoras de condições mais complexas, conforme a estratificação, terão uma concentração maior de cuidados profissionais e aquelas, portadoras de condições crônicas muito complexas, terão a atenção provida por uma equipe multiprofissional coordenada por um gestor de caso. São portadores de doença crônica complexa, como controles pressóricos e metabólicos inadequados, mesmo com boa adesão ao tratamento; idosos ou pessoas com risco social, comorbidades severas, a exemplo do câncer, necessitando do apoio da ESF de forma mais complexa a chamada gestão de caso (MENDES, 2012; BRASIL, 2014a).

2.5 GESTÃO DE CASO

Amplamente utilizada pelo MACC, a gestão de caso é uma tecnologia advinda da gestão da clínica, necessária em casos complexos que necessitam de cuidado individualizado de acordo com as suas especificidades. Além disso, necessita de um gestor de caso, o qual será selecionado entre os profissionais da saúde de uma unidade básica em que reside o paciente em questão.

Nesse contexto, o papel do gestor é assumir a coordenação do cuidado, cumprindo os objetivos de prestar uma atenção individualizada, de forma humanizada e mais eficaz. Para tal, ele utilizará os recursos disponíveis dentro da rede de atenção à saúde, ademais deve monitorar os resultados obtidos, sempre visando a melhora e/ou controle da condição de saúde complexa em que se encontra o indivíduo para o qual o serviço é prestado.

As pessoas usuárias portadoras de condições altamente complexas, conforme o Modelo de Pirâmides de Risco, terão uma concentração maior de cuidados profissionais, pois são pacientes que além de possuírem controles pressóricos e metabólicos inadequados, mesmo com boa adesão ao tratamento, podem ser idosos ou pessoas com risco social, comorbidades severas, a exemplo do câncer, que necessitam à atenção provida por uma equipe multiprofissional coordenada por um gestor de caso (BRASIL, 2014).

2.6 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO SUS

As classificações de hipertensão arterial e diabetes utilizadas no Sistema Único de Saúde auxiliam no estadiamento da doença e na estratificação de risco. Consequentemente, facilitam o trabalho da equipe que irá conduzir e gerir cada caso em conjunto com o paciente.

No que diz respeito à hipertensão, pode-se levar em conta a severidade do quadro (graus de 1 a 4) — associada à capacidade de autocuidado (suficiente ou insuficiente). Pode-se considerar também as cifras de pressão arterial de acordo com a medição casual no consultório, utilizada em pacientes a partir de 18 anos de idade, classificando-os em pacientes com cifras tensionais normal, pré-hipertensão (ou limítrofe), hipertensão estágio 1, hipertensão estágio 2 e hipertensão estágio 3, conforme Anexo 1.

Além dessa classificação, a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia também estratifica a hipertensão arterial em risco baixo, médio, alto e muito alto. Essas diretrizes utilizam como critérios os fatores de risco, lesões em órgãos-alvo, cifras tensionais do paciente e condições clínicas associadas, conforme tabela no Anexo 2 (SBC, SBH, SBN, 2006).

Dentre as classificações para diabetes mellitus tipo 2, encontram-se: risco baixo (paciente com glicemia alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose); médio (paciente com diabetes diagnosticado, mas com controle da doença, sem internações nos últimos 12 meses ou sem complicações crônicas); alto (paciente com diabetes diagnosticado, mas com controle glicêmico ou pressórico adequados ou inadequados, somados a internações por complicações agudas da doença nos últimos 12 meses ou complicações crônicas); muito alto (controle glicêmico e pressórico inadequado somados a internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou complicações crônicas); gestão de caso (diabetes de difícil controle, múltiplas internações, complicações crônicas severas, comorbidades severas, risco social) (MENDES, 2014; BRASIL, 2014).

De acordo com Mendes (2012), as metodologias de estratificação de riscos de uma população podem envolver classificações que coordenem, concomitantemente, dois tipos de variáveis: a severidade da condição crônica estabelecida (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou comorbidades) e o grau de confiança e o apoio para o autocuidado (baixo, médio e alto). Uma classificação similar para diabetes, utilizada pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (Anexo 3), é um exemplo em que o autocuidado é um dos critérios utilizados.

Outra classificação é feita a partir do controle metabólico em bom (Hb glicada < 7% Glicemia de jejum < 130 mg/dl); regular (Hb glicada entre 7% e 9% Glicemia de jejum entre 130 e 200 mg/d); ruim (Hb glicada > 9% Glicemia de jejum > 200 mg/dl), conforme Anexo 4 (SES/MG, 2012, 2013).

Além disso, também temos como exemplo a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, que utiliza como parâmetros para confecção da estratificação da hipertensão arterial: a polifarmácia, o controle pressórico e de comorbidades associadas, conforme consta no Anexo 5.

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (2012) nos informa que: “A idade, o sexo, a pressão arterial elevada, o tabagismo, a dislipidemia e o diabetes são sabidamente os principais fatores de risco para se desenvolver doença cardiovascular”. De acordo com esses fatores de risco, foi desenvolvida uma avaliação para estimar o risco cardiovascular global, que tem sido muito utilizada para estratificar cada indivíduo portador de hipertensão arterial.

Esses aspectos foram valorizados pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), assim, também incluíram homens com idade acima de 55 anos e mulheres acima de 65 anos; o tabagismo; as dislipidemias, especialmente, triglicérides acima de 150 mg/dl, LDL-colesterol maior que 100 mg/dl e HDL-colesterol menor que 40 mg/dl; a presença de diabetes mellitus associada à história familiar prematura de doença cardiovascular em homens com idade menor que 55 anos e mulheres com idade menor que 65 anos e alterações no eletrocardiograma (SES/MG, 2013).

Para individualização do tratamento e identificação de necessidades específicas, a estratificação de riscos e de gravidade da doença devem ser amplamente utilizadas nos serviços de saúde. A partir dessas classificações, a equipe pode planejar melhor as estratégias de promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento de maneira mais eficaz, conforme as orientações do MACC (BRASIL, 2014a).

Para Mendes (2014), em detrimento de outras necessidades:

Essa lógica de organização tem um forte impacto racionalizador na agenda dos profissionais de saúde. É comum que as equipes da ESF que não trabalham com a estratificação de riscos das condições crônicas, ofereçam, excessivamente, consultas médicas e de enfermagem comprometendo a sua agenda [...] com sobreoferta de serviços (MENDES, 2014, p. 159-160).

Acresce o referido autor a esse fato que, não raramente, esses pacientes são encaminhados a especialistas, comprometendo, desnecessariamente, a agenda dos profissionais. Além disso, sem qualquer classificação de risco, a equipe oferece, de forma não planejada, consultas do dia ou programadas. Por conseguinte, torna-se recorrente esta constatação.

O enfrentamento das condições crônicas, predominantemente por meio de respostas discretas e não programadas, em unidades de pronto atendimento ambulatoriais ou hospitalares, leva, inexoravelmente, ao fracasso sanitário e econômico dos sistemas de atenção à saúde. Por consequência, políticas de incremento dessas unidades, descoladas de

esforços de melhoria da atenção às condições crônicas, especialmente na APS, são estratégias inefetivas e ineficientes (MENDES, 2012, p. 305).

Após estas estratificações, pode-se coordenar o cuidado, de forma mais assertiva, através das consultas programadas entre médico e enfermeiro. Souza (2011) sugere que, para pacientes hipertensos risco baixo, deve-se realizar uma consulta ao ano com o médico e duas consultas ao ano com a profissional de enfermagem; para pacientes hipertensos com risco médio ou moderado, deve-se realizar 3 consultas médicas ao ano e duas consultas de enfermagem ao ano; para pacientes hipertensos com risco alto e ou muito alto ou hipertenso associado ao diabetes mellitus, deve-se realizar 4 consultas médicas ao ano e 2 consultas de enfermagem ao ano.

2.7 PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE JUIZ DE FORA (MG)

Seguindo a lógica da utilização de um programa ou plano de organização de uma APS, capaz de equilibrar os atendimentos das condições agudas juntamente com as condições crônicas, de uma forma ativa e qualificada, implementou-se em Juiz de Fora (MG), o Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS), no ano de 2014. Visando gerar um instrumento de gestão do cuidado na Atenção Primária dessa localidade, esse programa originário de Minas Gerais, já implementado em Belo Horizonte, prevê a qualificação de seus profissionais para reorganizar o sistema de saúde, aumentando a acessibilidade e a equidade aos seus usuários por meio de um conjunto de ações com foco na organização de uma nova agenda de acesso à demanda espontânea e à demanda programada (SES/MG, 2014).

Um dos grandes objetivos do PDAPS, seguindo as metas nacionais e mundiais, é a melhoria de acesso da condição crônica, já que se sabe que existe, tradicionalmente, uma priorização da doença aguda sobre a doença crônica, praticando-se um modelo de atenção “agudocêntrico” e “medicocentrado” segundo Mendes (2012):

É claro que a introdução desses novos profissionais nas equipes da ESF implica um processo de educação permanente [...] Mas há que se ter em mente que é uma necessidade fundamental para superar a crise da APS expressa na centralidade da consulta médica (MENDES, 2012, p. 119).

Os municípios respondem a tal modelo com gastos aumentados e baixos níveis de resolutividade, filas matinais crescentes nas UBS e aumento do número de internações e de demanda nos serviços de urgência/emergência (SES/MG, 2014). Nos anos de 2013 e 2014, foram realizadas oficinas com o intuito de construir o plano de ações de cada UBS, conforme os diagnósticos situacionais de suas áreas de abrangência, confeccionados pelas equipes de saúde de cada localidade. O projeto de implementação foi realizado por etapas de execução.

Em um primeiro momento, também chamado de macroprocesso básico, obtiveram-se a territorialização, o cadastro e a estratificação da família, além dos processos básicos de curativos, esterilização e vacinação e confecção do manual de acesso às consultas.

No segundo momento, chamado de macroprocesso para atenção à condição crônica, implementaram-se a programação local e linha de cuidado, a implementação da agenda programada, dividindo-a entre consultas médica e de enfermagem, definiram-se os critérios e os parâmetros de grupos operativos e educativos e confeccionou-se o prontuário da família.

No terceiro momento, chamado de macroprocesso para organização da agenda espontânea, foi organizada a agenda de episódios agudos e procedeu-se à confecção da classificação de risco e primeiro atendimento a casos urgentes.

No quarto momento, finalizaram-se as oficinas do PDAPS e foram realizadas todas as etapas de execução em conjunto com representantes de cada ESF do município. Além disso, apresentou-se o contrato de gestão e normatizou-se, perante tais representantes, o repasse de valor pecuniário, a título de cumprimento de metas pré-definidas nos instrumentos de planejamento e gestão da Secretaria de Saúde (SES/MG, 2014).

O modelo escolhido para a implementação foi o de agenda programada. Muito utilizado nas UBS brasileiras, a agenda foi adaptada em dependência da realidade local de cada unidade básica, a partir do diagnóstico situacional, realizado por equipe. Com o objetivo de acolher e atender todas as demandas, com especial atenção aos pacientes de cuidados continuados de forma abrangente, inseriram-se

todos os profissionais da equipe no atendimento, aumentando o acesso ao usuário e melhorando a qualidade da atenção à saúde (SES/MG, 2014).

Assim, pactuando-se as equipes e as agendas com consultas médicas, de enfermagem, atendimento de técnicos de enfermagem, entre outros profissionais, formou-se um novo fluxo de atendimento ao usuário. As equipes utilizaram as Linhas-Guias disponibilizadas pela SES/MG, mas, em um primeiro momento, pactuou-se junto a cada equipe uma meta de pacientes a serem atendidos (Anexo 6) com uma porcentagem menor ao recomendado pelas Linhas-Guias da SES/MG.

Além disso, calculou-se o número total de hipertensos e diabéticos da área de abrangência e dividiram-se as porcentagens, utilizando um número aproximado de pacientes por risco baixo, médio, alto e muito alto, conforme Anexo 7, utilizado pela SES/MG. Considerou-se a análise de cada situação de saúde local, como parâmetros sobre espaço físico inadequado e falta de profissionais, antes de aumentar a demanda programada. (SES/MG, 2014).

Como culturalmente a demanda espontânea em Juiz de Fora acontece no período da manhã, os horários para cuidado ao paciente crônico, gestantes, puericulturas, saúde mental, geralmente, ocorrem no período vespertino. Essa estratégia foi concebida para retirar esses pacientes da demanda espontânea e melhorar o acesso ao portador de cuidado continuado desde a criança até o idoso (SES/MG, 2014).

2.7.1 Plano Diretor da Atenção Primária na Equipe Progresso I

A proposta do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde para o público-alvo de hipertensos e diabéticos da Equipe Progresso I, foi implantada em 2014. O objetivo, em primeiro lugar, foi reorganizar o processo de trabalho da equipe e ampliar a oferta de ações de saúde.

A ênfase dessa reorganização estava no agendamento de forma programada e a partir de parâmetros predefinidos segundo graus de risco dos doentes. Utilizando, portanto, recomendações do Modelo de Atenção às Condições Crônicas MACC para o SUS.

As ações de saúde ofertadas incluíam consultas individuais e atividades coletivas, realizadas por médico e enfermeiro. Para estabelecer a periodicidade do agendamento, foram utilizadas a estratificação de risco e respectivos parâmetros da Linha-Guia SES/MG, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 — Número de ações de saúde preconizadas para hipertensos e diabéticos, por estratificação de risco, por ano, segundo SES/MG

AÇÃO DE SAÚDE/ANO	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO HAS/DM			
	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto
Consulta médica	2	3	3	3
Consulta enfermagem	2	3	2	2
Número de encontros para atividades educativas*	8	12	12	16

*Devem ser ministrados pelos profissionais médico e enfermeiro, em grupos de aproximadamente 20 participantes.

Fonte: adaptado pela autora da SES/MG (2013).

Para estimar o número de hipertensos e diabéticos nos diferentes estratos de risco, em cada equipe do município, foram utilizados o total de portadores de HAS e DM cadastrados em cada equipe e os parâmetros de prevalência da Tabela 2:

Tabela 2 — Parâmetros de prevalência por estratos de risco em portadores de DM e HAS

RISCO	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA	
	Hipertensão arterial	Diabetes mellitus
Baixo	32%	20%
Moderado	43%	50%
Alto	20%	25%
Muito alto	5%	5%
Total de portadores das doenças	100%	100%

Fonte: SES/MG 2013.

A Tabela 2 serviu de base para o cálculo do número estimado de pacientes atendidos pela equipe em cada estrato, na Equipe Progresso I, conforme apresentado a seguir na Tabela 3.

Tabela 3 — Número estimado de hipertensos e diabéticos em diferentes estratos de risco, Equipe Progresso I

RISCO	DOENÇA CRÔNICA	
	Hipertensos	Diabéticos
Baixo	159	30
Moderado	214	75
Alto	99	37
Muito alto	25	7
Total de portadores das doenças	497	149

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Para a cobertura de 100% da população-alvo da Equipe Progresso I, utilizando os parâmetros citados nas Tabelas 1, 2 e 3 para os cálculos, apresenta-se a Tabela 4.

Tabela 4 — Número de consultas e atividades educativas preconizadas para hipertensos e diabéticos da Equipe Progresso I, por ano, segundo estratificação de risco e categoria profissional

PROCEDIMENTO	CATEGORIA PROFISSIONAL	CONDIÇÃO	RISCO			
			Baixo	Moderado	Alto	Muito alto
Consultas	Médico(a)	Hipertensos	318	641	298	75
		Diabéticos	60	224	112	22
	Enfermeiro(a)	Hipertensos	318	641	199	50
		Diabéticos	60	224	75	15
Subtotal 1			755	1729	683	162

Atividades educativas	Médico(a)/ Enfermeiro(a)	Hipertensos	1272	2565	1193	398
	Médico(a)/ Enfermeiro(a)	Diabéticos	238	894	447	119
Subtotal 2			1511	3459	1640	517
Subtotal 3*	N. de encontros em grupos de 20 participantes		76*	173*	82*	26*

*A SES/MG orienta que as atividades educativas sejam realizadas em grupos de 20 participantes

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Tendo em vista as diferenças na estrutura física das UBS, na composição das equipes e no perfil populacional, o PDAPS pactuou metas específicas de cobertura populacional e de ações para cada equipe do município, sem realizar previamente a estratificação de risco de cada doente.

Na Equipe Progresso I, as metas foram descritas conforme a Tabela 5. Estas metas passaram a ser a referência para a atuação/produção da equipe nos anos subsequentes, com foco na população-alvo referida. E retornavam para as agendas de cada profissional, de forma programada.

Tabela 5 — Número consultas e atividades educativas pactuadas para hipertensos e diabéticos da Equipe Progresso I, por ano, por categoria profissional (metas pactuadas pelo PDAPS)

PROCEDIMENTO	PROFISSIONAL	PACIENTES	NÚMERO DE AÇÕES	TOTAL DE AÇÕES
Consultas	Médico(a)	Hipertensos	472	867
		Diabéticos	164	
	Enfermeiro(a)	Hipertensos	209	26
		Diabéticos	22	
Grupos educativos	Médico(a)	Hipertensos	7	26
		Diabéticos	4	
	Enfermeiro(a)	Hipertensos	9	

Fonte: elaborado pela autora (2021).

A Tabela 6 compara as metas de cobertura populacional e de ações: a pactuada pelo PDAPS com a equipe e a preconizada pela Linha-Guia SES/MG.

Tabela 6 — Distribuição de consultas e atividades educativas, preconizadas pela SES/MG e pactuadas pelo PDAPS para Equipe Progresso I, por ano

PROCEDIMENTO	CATEGORIA PROFISSIONAL	CONDIÇÃO	PRECONIZADO		PACTUADO	
			N	%	N	%
	Médico(a)	Hipertensos	1332	100	472	36
		Diabéticos	417	100	164	39
Subtotal 1			1749	100	636	36
Consultas	Enfermeiro(a)	Hipertensos	1208	100	209	17
		Diabéticos	373	100	22	6
Subtotal 2			1580	100	231	15
Atividades educativas (n. de encontros)	Médico(a) e enfermeiro(a)	Hipertensos e Diabéticos	356	100	26	7

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Para que este fluxo ocorresse de modo satisfatório e atendesse, de fato, as demandas da população, as ações destes programas deveriam ser avaliadas, visando a melhoria do próprio serviço de saúde.

2.8 A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

Avaliar é dar juízo de valor a um processo, ou seja, manifestar-se em relação a algo (UCHIMURA 2002; TANAKA *et al.*, 2012). Segundo Tanaka *et al.* (2012, p. 825): “o julgamento de valor ocorre no momento em que é feita uma comparação entre o conhecimento obtido do objeto e os valores de referência estabelecidos.” Minayo (2005) complementa que avaliar:

é um conjunto de atividades técnico-científicas ou técnico-operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade a processos de intervenção em sua implantação, implementação e resultados (MINAYO, 2005, p. 23).

Avalia-se para auxiliar no planejamento e ações de um processo, através de identificação e obtenção de informações, com o intuito de facilitar e organizar um serviço prestado (CONTANDRIOPOULOS, 1997; SILVA, 1999; UCHIMURA *et al.*, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2014). Segundo Contandriopoulos (1997, p. 31): “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Desse modo, avaliar um serviço de saúde significa observar a atividade prestada à população para posteriormente buscar a melhor solução possível. Portanto, de suma importância para que uma equipe possa atender, de forma efetiva, e principalmente que atenda às necessidades de uma comunidade (DESLANDES, 1992; BAKER *et al.*, 2000; OLIVEIRA *et al.*, 2014; TANAKA, 2010).

A avaliação de serviços auxilia seus atores na criação de planos de ação e melhoria de atividades já implantadas (SILVA, FORMIGLI, 1994; TANAKA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013). Segundo Deslandes (1992, p. 1): “a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços”.

Podemos avaliar um serviço de algumas formas, como, por exemplo, escolhendo e explicitando os objetivos do serviço a serem avaliados. Assim, conseqüentemente, a estratégia de avaliação estará associada a estas escolhas (AKERMAN, 1992). Segundo Tanaka *et al.* (2012, p. 826), avaliar é constatar: “a existência de um problema e a necessidade de compreender e buscar soluções para resolvê-lo em um contexto multifacetado, multiprofissional e interdisciplinar”.

Outra forma de avaliar é utilizar fontes de informação secundárias, retiradas de bases de dados com informações de saúde existentes e disponíveis, para avaliar se o processo corresponde ao esperado pelo serviço (TANAKA *et al.*, 2012). Segundo Tanaka *et al.* (2012, p. 826): “Essa alternativa merece ser fortemente encorajada pela disponibilidade de informações, de custo, de rapidez na obtenção de resultados e de potencial de impacto nos serviços de saúde”.

Para avaliar e realizar este julgamento de valores em um processo, visando auxiliar em um planejamento, faz-se necessário aplicar e seguir alguns critérios. Segundo Contandriopoulos (1997, p. 31): “Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).”

Nesse sentido, a pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento de valor após uma intervenção ter sido realizada, utilizando métodos científicos para tal. Para realizar a pesquisa avaliativa, necessita-se realizar um ou alguns tipos de análise:

- Estratégica: analisa a pertinência da intervenção.
- Intervenção: estuda a relação que existe entre os objetivos da intervenção e os meios empregados.
- Produtividade: estuda o modo como os recursos são usados para produzir serviços.
- Efeitos: baseia-se em avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde.
- Rendimento (ou da eficiência): é aquela que consiste em relacionar a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos.
- Implantação: mede a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, também aprecia a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A avaliação de serviços de saúde é um grande aliado de gestores, pois visa a realização de um planejamento adequado (SILVA, FORMIGLI, 1994; TANAKA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013).

Segundo Tanaka *et al.* (2012):

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados). Nesse processo o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos. A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão (TANAKA *et al.*, 2012, p. 823).

Avaliar é a ferramenta necessária para que gestores possam tomar as decisões de forma rápida, neste processo dinâmico chamado serviços de saúde. (SILVA, FORMIGLI, 1994; TANAKA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013). Ainda segundo Tanaka *et al.* (2012):

O fornecimento de informação em tempo hábil para o gestor é imprescindível para a melhoria qualitativa das decisões. Se houver um conhecimento acumulado de pesquisas, estudos e avaliações passadas, o procedimento adequado consiste na apropriação desse conhecimento e a sua utilização no processo de decisão (TANAKA *et al.*, 2012, p. 823).

No Brasil, desde a criação do SUS, reforça-se a ideia de avaliação dos serviços prestados, o Ministério da Saúde é um grande avaliador de seus serviços e este esforço em avaliar pode ser corroborado através de sua lei orgânica criada em 1990, onde se traçam as estratégias para posteriormente avaliá-las se foram viáveis ou não (BRASIL, 1990).

A avaliação de programas em saúde consiste em analisar programas complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados. Segundo Novaes (2000):

Portanto, são considerados programas, tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, como a implantação de formas de atenção para populações específicas (atenção domiciliar para idosos, vacinação e procedimentos de “screening” para grupos de risco para problemas de saúde determinados, propostas terapêuticas para doenças e doentes priorizados etc.) (NOVAES, 2000, p. 552).

A avaliação de programas em um serviço de saúde inicia-se com a busca de objetivos claros, indicação das fontes de dados confiáveis, que serão mensurados, comparados e analisados. Identificam-se os recursos, sejam eles humanos ou de infra-estrutura, necessários para a realização de todo o processo; posteriormente, traçam-se as atividades previstas (plano de ações), visando chegar aos resultados para a tomada de decisões por parte dos gestores. É uma ferramenta indispensável, produzindo informações, visando manter ou mudar as práticas realizadas diariamente no atendimento à população e deveria ser utilizada de forma cotidiana, para tomada de decisões, por seus gestores (SILVA; FORMIGLI, 1994; TANAKA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013). Conforme Silva e Formigli (1994, p. 84): “a avaliação poderia ser utilizada como prática sistemática na saúde para propiciar aos gestores as informações necessárias para a intervenção...”.

Utilizar a avaliação de programas para melhorar os serviços prestados, segundo Tanaka *et al.* (2012), significa:

Uma avaliação que conduza a decisões que garantam não somente a sua eficiência e eficácia, mas também a sua implementação. O processo avaliativo deve buscar que as decisões tomadas levem em consideração as necessidades de saúde da população, as metas definidas pelos serviços e que envolvam todos os interessados de forma a tornar viável a implementação das decisões tomadas (TANAKA *et al.*, 2012, p. 821).

Para avaliar um programa de saúde, segundo Santos, p. 340, 2004, necessitam-se de dois eixos:

[...] o tipo de indicador a ser utilizado, o que depende, essencialmente, do que está sendo medido: se o processo, o resultado ou ambos os aspectos do programa... o tipo de inferência necessária para se afirmar que os resultados observados, tanto de processo quanto de impacto, foram efetivamente decorrentes da exposição à intervenção (SANTOS, 2004, p. 340).

A avaliação de programas pode ser dividida em três tipos: avaliação do processo, avaliação intermediária ou de curto prazo (avaliação de impacto) e avaliação de longo prazo (resultado). A avaliação do processo consiste em avaliar como o programa foi implementado e como os resultados foram atingidos. A avaliação intermediária ou de curto prazo consiste em avaliar os benefícios ou efeitos encontrados na aplicação de um programa. Já a avaliação de longo prazo ou resultados é a avaliação que visa mudanças no status de saúde, mudanças de taxas de saúde que requerem um tempo em um conjunto de ações que envolvem inúmeros atores, levando a um período mais longo, como mudar taxas de morbidade de um município, por exemplo (BAKER *et al.*, 2000).

Para avaliar e planejar as ações realizadas, um sistema de informação unificado faz-se necessário, tendo como um destes objetivos em vista, o Ministério da Saúde inicia seus sistemas de informação.

2.9 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Sistema de Informações da Atenção Primária (SIAB) foi implementado pela Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, em 1998, com o objetivo de gerar informações para gestores e facilitar o processo de planejamento das ações de saúde. O funcionamento do sistema se baseava nas informações

recolhidas de uma população adscrita, em determinado território (CARRENO *et al.*, 2015).

As modificações, que vêm sendo implementadas de forma progressiva, têm tido o objetivo de melhorar a qualidade da informação em saúde; otimizar a utilização dos dados gerados por parte dos gestores e equipes de saúde; acompanhar de forma longitudinal e individualizada o histórico de atendimentos de cada usuário; gerar relatórios de produção de cada profissional da atenção básica e integrar as ações existentes na atenção básica.

O Modelo atual, instituído pela Portaria GM/MS n. 1.412, em 2013, é o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), operacionalizado pela estratégia e-SUS AB (BRASIL, 2020). Esse suporte informacional conta com dois tipos de software para captação de dados: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) — utilizado por equipes que não possuem informatização em suas Unidades de Saúde — e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), em unidades de saúde plenamente informatizadas (BRASIL, 2014).

O sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) utiliza fichas que são preenchidas manualmente, pela própria equipe, e posteriormente são digitadas no sistema eletrônico. São 7 modelos para essas fichas: cadastro do domicílio, cadastro do indivíduo, atendimento individual, atendimento odontológico, atividades coletivas, procedimentos e visita domiciliar (BRASIL, 2014).

A Ficha de Atendimento Individual (Anexo 8) se destina à coleta de dados dos atendimentos individualizados, realizados pelos profissionais de saúde de nível superior que não podem, no momento da consulta, acessar um prontuário eletrônico ou não contam com o sistema informatizado. É composta pelos seguintes itens: cabeçalho; identificação e controle da digitação da ficha; identificação do estabelecimento de saúde e do(s) profissional(is); identificação do usuário; tipo de atendimento; avaliação antropométrica e vacinação em dia; criança; gestante; atendimento domiciliar; problema/condição avaliada; exames solicitados e ou avaliados; NASF/polo; conduta. Cada um desses itens é composto por subitens (BRASIL, 2014).

A Ficha de Atividade Coletiva (Anexo 9) se destina a registros de atividades coletivas realizadas pela equipe, sejam reuniões internas ou ações realizadas com a

comunidade. Essa ficha é utilizada mesmo em locais onde o sistema é informatizado, oferecendo a possibilidade de digitação da informação coletada, em um momento posterior à atividade oferecida pela equipe. Ela é composta pelos itens: cabeçalho; identificação do estabelecimento de saúde e do(s) profissional(is); identificação e controle da digitação; identificação e controle da atividade coletiva; identificação do usuário; tipos de atividade coletiva; ações estruturantes da equipe; ações de saúde. Também é disponibilizado o item público-alvo, trazendo as seguintes classificações: criança até 3 anos; criança de 4 e 5 anos; criança de 6 a 11 anos; adolescente, idoso; mulher, homem; gestante; pessoas com doenças crônicas; usuário de tabaco; usuário de álcool; usuário de outras drogas; pessoas com sofrimento ou transtorno mental; familiares; profissionais de educação e outros. O item práticas/temas para saúde, refere-se aos temas abordados na ação em educação em saúde como, por exemplo, autocuidado de pessoas com doenças crônicas, saúde do trabalhador, cidadania e direitos humanos, entre outros (BRASIL, 2014).

Na Ficha de Atendimento Individual, no item problemas/condições avaliadas encontram-se doenças, como: asma, desnutrição, diabetes, hipertensão arterial, entre outras de forma simplificada. O preenchimento deve ser feito com um “X” tanto na ficha manual quanto no prontuário eletrônico. No item problemas/condições avaliadas (Anexo 10), encontram-se as doenças listadas ou descritas com o CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária), que geralmente é a classificação utilizada pelo profissional de enfermagem. No item problemas/condições avaliadas — Outros (CID-10) estão as doenças listadas ou descritas no CID 10 que geralmente é utilizado pelos profissionais da área médica (BRASIL, 2014).

Para o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), são os mesmos 7 modelos de fichas já citadas, além de outros recursos disponíveis. Uma das vantagens do PEC-AB é permitir que o profissional preencha as informações no momento da consulta ou posterior a ela. Existem 5 itens para serem selecionados (vide Anexo 11), são eles: 1) atendimento individual, no qual se inserem dados referentes às consultas realizadas pelo usuário; 2) item cidadão, em que se pode cadastrar e, ou, atualizar dados de cada usuário; 3) item agenda, no qual se realizam todos os agendamentos de consultas para serem feitas pelos profissionais

de saúde da ESF; 4) item relatórios, em que se buscam as informações da produção feita pelo profissional de saúde; 5) administração, por sua vez, é reservada para questões da organização do sistema, como senhas, cadastros de funcionários etc. No Anexo 12, apresenta-se um exemplo de relatório de atendimento individual; no Anexo 13, apresenta-se o relatório de atividade coletiva.

A implementação deste software auxilia no processo de informatização das UBS de maneira homogênea e gratuita. Por essa razão, tem o objetivo de ser expandida para todo o território nacional. O Sistema e-SUS AB com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) é um sistema de software que auxilia nas seguintes ações:

- gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde;
- organização da agenda e do processo de trabalho;
- registro e organização, em formato de prontuário eletrônico, para os profissionais de saúde;
- registro e organização, em formato de Coleta de Dados Simplificada (módulo CDS), por meio de fichas e processo de digitação;
- monitoramento e avaliação das ações de saúde no território;
- entre outras (BRASIL, 2018).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, a instalação e utilização desse programa iniciou-se no ano de 2015. Atualmente, são 28 UBS com PEC, representando 44% do total de UBS do município. Dentre estas UBS, 23 são UBS da família e 5 são UBS tradicionais. Considerando-se as 23 UBS com ESF, somam-se 53 equipes, representando 56% das equipes de Saúde da Família do município (OLIVEIRA, 2019).

As demais UBS permanecem utilizando as fichas de Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) do Ministério da Saúde, em que os profissionais preenchem as Fichas CDS e enviam para digitação na Secretaria de Saúde, até que o PEC seja implantado.

Em 7 de dezembro de 2015, a UBS Progresso iniciou o seu processo de instalação dos equipamentos e informatização. Desde então, todo o trabalho da UBS é realizado de modo informatizado. São agendados os pacientes, o acolhimento, as consultas, os grupos, as reuniões de equipe. Enfim, todos os procedimentos são

realizados através do sistema de prontuário eletrônico e de coleta de dados simplificada, no momento do atendimento ou por meio das fichas que, posteriormente aos atendimentos, são carregadas no PEC. Conseqüentemente, a produção dessa unidade também é gerada através desse novo sistema, otimizando o tempo dos funcionários e dos usuários (OLIVEIRA, 2019).

3 OBJETIVOS

Neste capítulo, apresentaremos os objetivos da pesquisa, subdividindo-os em objetivo geral e específicos.

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a reorganização do fluxo assistencial a hipertensos e diabéticos da Equipe Progresso I, utilizando os resultados de registros de produção do e-SUS no período de 12 de setembro de 2016 a 11 de setembro de 2018.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar a produção de consultas e atividades educativas de médicos e enfermeiros antes e depois da reorganização/intervenção.
- Comparar a produção da equipe com as metas pactuadas pelo PDAPS.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresentaremos a metodologia adotada para o desenvolvimento desta pesquisa. Do ponto de vista do tipo de estudo, trata-se de um estudo descritivo de avaliação de serviços de saúde, no qual são utilizados relatórios de produção de ações de saúde da Equipe Progresso I com foco em hipertensos e diabéticos. Assim, objetiva-se comparar os períodos antes e depois da reorganização do processo de trabalho.

A Equipe Progresso I é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 4 agentes comunitárias de saúde. Esse grupo integra 1 das 3 equipes da Unidade Básica de Saúde Progresso, pertencente à rede de saúde pública municipal de Juiz de Fora, Minas Gerais. A população cadastrada na área de abrangência da equipe é de 3.274 usuários; dentre os quais, 497 hipertensos e 149 diabéticos, isto é, o público de interesse para este estudo.

Após 2 anos de implementação do PDAPS na referida UBS, ainda se observava um intenso fluxo de pacientes no acolhimento — primeiro momento em que o usuário é recebido na Unidade Básica de Saúde. Em reuniões de equipe, concluiu-se que grande parte desses usuários procurava tal serviço para obter renovação de receitas para condições crônicas, em específico hipertensão e diabetes.

Apesar da existência da Portaria 1.445, na qual se estipula o período de vigência da receita e do agendamento, programado pela equipe, estes pacientes continuavam com dificuldades de acesso às consultas e às atividades educativas programadas. A partir desta avaliação, foram retomados objetivos, metas e estratégias do PDAPS e, conseqüentemente, foi desencadeado um processo de reorganização do serviço pela equipe. Tal processo foi implementado de 12 de setembro de 2017 a 11 de setembro de 2018. A principal meta era garantir o agendamento programado de caráter multidisciplinar. A descrição detalhada do processo realizado encontra-se no Apêndice A.

Para avaliar o processo, foram comparados dois períodos: (1) 12 de setembro de 2016 a 11 de setembro de 2017 (pré-intervenção) e (2) 12 de setembro de 2017 a 11 de setembro de 2018 (pós-intervenção).

A produção da equipe foi analisada por meio das consultas e das atividades educativas. Tais informações foram retiradas de relatórios mensais de produção do e-SUS (PEC-AB). Foram incluídos os relatórios de atendimento individual com informações sobre consultas e de atividade coletiva, sobre atividades educativas de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos pela equipe, de 12 de setembro de 2016 a 11 de setembro de 2018. Como critérios de exclusão, foram descartados aqueles relatórios mensais cujos profissionais usufruíram de suas férias.

Nos relatórios de atividades individuais, foram consideradas as seguintes variáveis e respectivas categorias (Apêndice B):

- período (mês e ano);
- categoria profissional (médico e enfermeiro);
- problemas/condições avaliadas (diabetes e hipertensão arterial);
- problemas/condições avaliadas (outros CID-10): diabetes mellitus insulínodépendente, diabetes mellitus insulínodépendente sem complicações, diabetes mellitus não insulínodépendente, diabetes mellitus não especificado, diabetes mellitus não especificado sem complicações.
- hipertensão essencial primária;
- problemas/condições avaliadas (outros CIAP-2): diabetes insulínodépendente, diabetes não insulínodépendente, hipertensão sem complicações, hipertensão com complicações.

No relatório de atividade coletiva, que contém dados sobre atividades educativas, foram consideradas as seguintes variáveis e categorias (Apêndice C):

- período (mês e ano);
- categoria profissional (médico, enfermeiro).

Para a apresentação dos resultados, foram definidas as seguintes categorias:

- pré-intervenção: 11 de setembro de 2016 a 12 de setembro de 2017;
- pós-intervenção: 12 de setembro de 2017 a 12 de setembro de 2018;
- categoria profissional: médico e enfermeiro;

- diabetes mellitus: que inclui, diabetes, diabetes mellitus insulínodépendente, diabetes mellitus insulínodépendente sem complicações, diabetes mellitus não insulínodépendente, diabetes mellitus não especificado, diabetes mellitus não especificado sem complicações, diabetes insulínodépendente, diabetes não insulínodépendente.
- hipertensão arterial que inclui: hipertensão essencial primária, hipertensão sem complicações, hipertensão com complicações.

Após digitados, os dados foram tabulados para construir as respectivas distribuições. Foram utilizadas medidas de análise descritiva, como cálculos de frequências e porcentagens, obtidos através do software estatístico Minitab 18, com a produção de resumos estatísticos. Comparações foram realizadas, com base no teste quiquadrado e o nível de confiança de 95% ($p < 0,05$) foi adotado na análise.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP/UFJF) e aprovado sob o Parecer 3.663.159 (Anexo 14).

5 RESULTADOS

Nesta seção, apresentaremos os resultados da pesquisa, tendo em vista os objetivos mencionados na seção 3, por meio de 5 tabelas, que mostrarão sequencialmente: (1) comparação da produção anual pré e pós-intervenção; (2) consultas médicas anuais segundo condições avaliadas, pré e pós-intervenção e metas; (3) consultas de enfermagem anuais segundo condições avaliadas, pré e pós-intervenção e metas; (4) consultas médicas anuais segundo condições avaliadas e pré e pós-intervenção; (5) consultas de enfermagem anuais segundo condições avaliadas (CIAP-2) e pré e pós-intervenção.

Em primeiro lugar, podemos observar, a partir dos dados apresentados na Tabela 7, a comparação da produção anual pré e pós-intervenção.

Tabela 7 — Comparação da produção anual pré e pós-intervenção

PROCED.	CATEGORIA PROFISSIONAL	PRÉ-INTERV.		PÓS-INTERV.		TOTAL		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
Consultas	Médica	659	51,2	627	48,8	1286	100	< 0,018*
	Enfermagem	246	45,2	298	54,8	544	100	
Subtotal A		905	49,5	925	50,5	1830	100	
Atividades Educativas	Médica	0	0,0	26	100	26	100	< 0,001*
	Enfermagem	26	92,9	2	7,1	28	100	
Subtotal B		26	48,1	28	51,9	54	100	

*Teste Qui-Quadrado.

Fonte: elaborado pela autora (2021).

A Tabela 7 mostra que o enfermeiro aumentou sua produção pós-intervenção (54,8%) e o médico diminuiu (48,8%), havendo diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

De todas as atividades realizadas pelo profissional médico, somados ambos os momentos de intervenção, 100% ocorreram pós-intervenção e nada foi

realizado antes dela. Já para o enfermeiro, 7,1% das atividades educativas ocorreram pós-intervenção e 92,9% pré-intervenção. Estas diferenças também foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Na Tabela 8, são comparadas a produção percentual de consultas médicas por diabetes mellitus e hipertensão, pré e pós-intervenção, com as respectivas metas pactuadas pelo PDAPS.

Tabela 8 — Consultas médicas anuais segundo condições avaliadas, pré e pós-intervenção e metas

CONDIÇÕES AVALIADAS	PRÉ-INTERVENÇÃO		PÓS-INTERVENÇÃO		METAS	
	N	%	N	%	N	%
Diabetes mellitus	166	101,2	148	90,2	164	100,0
Hipertensão arterial	493	104,4	479	101,5	472	100,0
Total	659	103,6	627	98,6	636	100,0
p-valor	< 0,726*		< 0,212*			

*Teste Qui-Quadrado.

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Dos pacientes com diabetes mellitus, o percentual de consultas realizadas foi de 101,2% pré-intervenção, reduzindo para 90,2% pós-intervenção.

Na Tabela 9, são comparadas a produção de consultas de enfermagem por diabetes mellitus e hipertensão, pré e pós-intervenção, com as respectivas metas pactuadas pelo PDAPS.

Tabela 9 — Consultas de enfermagem anuais segundo condições avaliadas, pré e pós-intervenção e metas

CONDIÇÕES AVALIADAS	PRÉ-INTERVENÇÃO		PÓS-INTERVENÇÃO		METAS	
	N	%	N	%	N	%

Diabetes mellitus	61	277,3	91	413,6	22	100,0
Hipertensão arterial	185	88,5	207	99,0	209	100,0
Total	246	106,5	298	129,0	231	100,0
p-valor	< 0,001*		< 0,001*			
*Teste Qui-Quadrado						

Fonte: elaborado pelo autora (2021).

Do total de pacientes com ambas as doenças, o número de consultas realizadas pré-intervenção foi de 106,5%, aumentando para 129,0% pós-intervenção.

Com relação aos pacientes com diabetes mellitus, o percentual de consultas realizadas foi de 277%, pré-intervenção, aumentando para 413,6% pós-intervenção. No que tange àqueles com hipertensão, os valores foram de 88,5%, aumentando também para 99,0%, pré e pós-intervenção respectivamente.

Na Tabela 10, são comparadas a produção de consultas médicas, pré e pós-intervenção, por variáveis específicas de diabetes e hipertensão arterial.

Tabela 10 — Consultas médicas anuais segundo condições avaliadas e pré e pós-intervenção

CONDIÇÕES AVALIADAS	PRÉ-INTERV.		PÓS-INTERV.		TOTAL		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Diabetes mellitus	166	52,9	148	47,1	314	100	< 0,001*
Diabetes mellitus Insulinodependente	0	0	54	100	54	100	
Diabetes mellitus não Insulinodependente	4	5,8	65	94,2	69	100	
Diabetes mellitus não Especificado	162	84,4	30	15,6	192	100	
Hipertensão arterial	493	54,2	479	49,3	972	100	

Total	659	51,2	627	48,8	1286	100
*Teste Qui-Quadrado						

Fonte: elaborado pelo autora (2021).

Quanto às variáveis específicas de diabetes mellitus, do total de consultas realizadas para pacientes com diabetes não especificado, 84,4% ocorreram pré-intervenção e apenas 15,6% pós-intervenção. Em contrapartida, dentre as consultas para portadores de diabetes mellitus insulino dependentes, não houve consultas pré-intervenção e, após a intervenção realizada, houve a concentração de 100% das consultas. No que tange ao diabetes mellitus não insulino dependente, apenas 5,8% receberam esta classificação nas consultas pré-intervenção e, após a intervenção, realizaram-se 94,2% de consultas com a mesma classificação. Quando aplicado o teste qui-quadrado, comprova-se que há diferenças significativas entre os perfis do número de consultas médicas pré e pós-intervenção.

Na Tabela 11, são comparadas a produção de consultas de enfermagem, nos dois períodos, por variáveis específicas de diabetes e hipertensão arterial.

Tabela 11 — Consultas de enfermagem anuais segundo condições avaliadas (CIAP-2), pré e pós-intervenção

CONDIÇÕES AVALIADAS	PRÉ-INTERVENÇÃO		PÓS-INTERVENÇÃO		TOTAL		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Diabetes mellitus	61	40,1	91	59,9	152	100	
Diabetes insulino dependente	11	15,1	62	84,9	73	100	
Diabetes não insulino dependente	25	59,5	17	40,5	42	100	< 0,001*
Diabetes não especificado	25	67,2	12	32,4	37	100	
Hipertensão arterial	185	47,2	207	52,8	392	100	

Total	246	45,2	298	54,8	544	100
*Teste Qui-Quadrado						

Fonte: elaborado pelo autora (2021).

Na Tabela 11, são comparadas a produção de consultas de enfermagem, pré e pós-intervenção, por variáveis específicas de diabetes, ademais hipertensão arterial.

Do total de consultas realizadas para o conjunto destas patologias, 45,2% foram realizadas pré-intervenção, aumentando para 54,8% pós-intervenção.

Quanto às variáveis específicas de diabetes mellitus, do total de consultas realizadas a portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes, 15,1% foram realizadas pré-intervenção, aumentando para 84,9% pós-intervenção, seguindo o mesmo padrão descrito anteriormente. Em contrapartida, para pacientes com diabetes não especificado, 67,2% ocorreram no primeiro período, e apenas 32,4% no segundo.

No que tange ao diabetes mellitus não insulino-dependente, 59,5% receberam esta classificação nas consultas pré-intervenção. Após a intervenção, realizaram-se 40,5% de consultas com a mesma classificação. Quando aplicado o teste qui-quadrado, comprova-se que há diferenças significativas entre os perfis do número de consultas de enfermagem pré e pós-intervenção ($p < 0,05$).

6 DISCUSSÃO

De acordo com o desenvolvimento desta pesquisa e como apontado por diversos estudos, nota-se que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são algumas das doenças crônicas que têm representado uma das causas mais frequentes de morte em todo o mundo. Agravadas com o envelhecimento da população e com o estilo de vida moderno, nota-se também que têm causado um verdadeiro problema de saúde pública.

Suas agudizações, em muitas ocasiões, necessitam de internações longas e podem causar sequelas incapacitantes que, conseqüentemente, impactam economicamente as famílias e os cofres públicos. A organização dos serviços de saúde ainda predominante se caracteriza por um modelo agudocêntrico, que vem se mostrando insuficiente para atender, de forma efetiva, as doenças mais prevalentes neste novo perfil epidemiológico da modernidade. Por isso, novos modelos foram criados, visando à mudança deste perfil, como os modelos de atenção voltados ao paciente crônico (KHAN *et al.*, 2009; GOULART, 2011; IBGE, 2013; CHUEIRI *et al.*, 2014; MORALES, 2014; SES/MG, 2014; OMS, 2015; MALTA *et al.*, 2017).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas, o Modelo de Pirâmides de Risco, o Modelo de Determinantes Sociais de Saúde e o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde são executados para buscar a melhoria do serviço prestado à população. Conseqüentemente, foram criados também para enfrentar a grande prevalência de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, que assolam o Brasil e o mundo. Assim, um de seus parâmetros é o reordenamento do fluxo de atendimento aos usuários (GOULART, 2011; MENDES, 2012; BRASIL, 2014; SES/MG, 2014; MALTA *et al.*, 2017).

Conforme Ferreira *et al.*, 2013 citam:

O PDAPS MG é uma proposta que busca fortalecer a lógica descentralizadora do modelo de gestão à saúde do SUS à medida que sistematiza concepções e condutas de planejamento e gestão. Contribui para que os municípios alcancem a qualidade da atenção à saúde potencializando ganhos de integralidade ao valorizar as necessidades de saúde no atendimento à população em um sistema em rede coordenado pela APS (FERREIRA *et al.*, 2013, p. 85).

Contudo, para além da reordenação, foi possível perceber a necessidade de avaliações posteriores à aplicação para, de fato, corroborar a efetividade do programa implantado (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2018). Quando se avalia um serviço, após os resultados obtidos, discute-se também a necessidade ou não de repactuação de metas, visando sempre melhorar a assistência prestada à população. Na Equipe Progresso I, após a implementação do PDAPS, não houveram avaliações ou possíveis repactuações feitas pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora.

Após a avaliação feita pela equipe de Progresso I, percebeu-se que a agenda destinada a consultas de pacientes crônicos da profissional de enfermagem se mantinha ociosa e do profissional médico com necessidade constante de ampliação.

Um dos motivos era causado pela cultura medicocentrada, pois os pacientes não aderiam às consultas de enfermagem com frequência. É sabido que a consulta multidisciplinar responde ao segundo e ao quinto elementos do MACC, em que o trabalho em equipe, na organização da atenção à saúde, e o autocuidado apoiado se fazem de suma importância para a melhoria da qualidade do atendimento ao usuário.

A consulta de enfermagem é, então, um dos pontos primordiais desta atenção, estando presente também nos protocolos do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde/MG. Além disso, a Estratégia Saúde da Família também foi uma das grandes incentivadoras de tal prática (MENDES, 2012; BRASIL, 2014; SES/MG, 2014; PEREIRA; FERREIRA, 2014).

Contudo, ressalta-se que a porcentagem de cobertura de consultas pactuada pelo PDAPS para a enfermagem foi de (15%) em contraposição à pactuada para o médico (36%), conforme a Tabela 6, apresentado no referencial teórico.

A pactuação feita pelo PDAPS para a profissional de enfermagem, por exemplo, pode estar relacionada à pressão assistencial prestada pela enfermeira, que além de fornecer assistência ao público, cumpre tarefas administrativas dentro das equipes. Prova disso é o que confirma Radigonda *et al.* (2012, p. 123): “O acúmulo de funções assumidas por esse profissional [...] e a falsa compreensão pela população de que a consulta é atividade exclusiva do médico”. Também reforça-se

neste trecho a crença de que somente o médico realiza consultas, seguindo o modelo medicocentrado. Segundo Marques e Lima (2008, p.): “[...] habitualmente todo processo de trabalho em saúde organiza-se com base na consulta médica”.

O paciente busca auxílio da equipe quando existe uma queixa, geralmente aguda, objetivando apenas o serviço médico de uma Unidade Básica de Saúde. Em outros termos, essa realidade se contrasta aos objetivos da Estratégia Saúde da Família e tenta ser otimizada com a implantação de Programas Municipais, como o PDAPS, por exemplo, na qual a multidisciplinaridade do serviço de saúde deve ser um dos princípios básicos. Segundo Costa *et al.* (2009, p. 116) “a ESF incorpora e reafirma os princípios do SUS, tendo como meta ser substitutivo do modelo biomédico hegemônico [...]”.

Os usuários tinham autonomia para escolher com qual profissional gostariam de ser atendidos, permitindo que os modelos biomédico e agudocêntricos se perpetuassem, contribuindo para que a agenda da enfermeira continuasse ociosa. Acredita-se que os enfermeiros ainda se deparam com dificuldades estruturais, pessoais e com a influência de crenças, valores e condições sociais da população assistida (BEZERRA *et al.*, 2008).

Afirmando, uma vez mais, a existência do modelo biomédico ou medicocentrado. De acordo com Fertonani *et al.* (2014):

identifica-se, também, a significativa influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas (FERTONANI *et al.*, 2014, p. 1.876).

O modelo biomédico responde à ideia de que o médico está vinculado ao tratamento da doença e não do doente, que apresenta suas peculiaridades e dificuldades perante a doença, conforme corrobora a citação de De Marco (2006, p. 64): “[...] a formação do médico está preponderantemente, ancorada no modelo biomédico. Esta situação favorece a construção de uma postura de desconsideração aos aspectos psicossociais tanto dele próprio quanto dos pacientes.”

Este modelo contradiz as recomendações do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, no qual o quinto elemento, relacionado ao autocuidado apoiado

visa ao cuidado deste doente, o seu empoderamento, para que possa aprender de maneira correta a conviver com sua doença, indo além do tratamento farmacológico, respeitando o paciente como um ser biopsicossocial. Para que este empoderamento ocorra, necessita-se da realização de um trabalho de promoção de saúde de forma multidisciplinar por meio de grupos educativos, por exemplo (DE MARCO, 2006; MENDES, 2012; FERTONANI, 2014).

Quando comparados os resultados pré e pós-intervenção, observa-se que, antes da reorganização, a enfermeira realizou 100% das atividades educativas contra 0% do profissional médico.

Ainda segundo Silva *et al.* (2016) citam:

em relação ao atendimento individual, constata-se que a consulta de enfermagem é uma estratégia pouco utilizada, pois a maioria dos enfermeiros (68,3%) referiu não a realizar conforme protocolo, limitando-se a verificar PA e peso durante a atividade em grupo ou somente para a demanda espontânea, não se constituindo como uma rotina do serviço (SILVA *et al.*, 2016, p. 85).

Após a reorganização realizada, estes números mudaram significativamente, isto é, a profissional de enfermagem foi responsável por 7,1% e o profissional médico passou a ser responsável por 92,9%, o mesmo reorganizou sua agenda, disponibilizando um horário fixo semanal para a realização do grupo educativo. O PDAPS orienta que o responsável técnico dos grupos seja a enfermeira ou o médico, não sendo necessário a presença de ambos profissionais em um grupo.

Os números correspondem às orientações do MACC, Ministério da Saúde e SES/MG e, conseqüentemente, ao esperado pelo PDAPS. Isto quer dizer, o médico deve realizar também atividades educativas junto à comunidade, auxiliando na mudança do modelo biomédico, sobre o qual afirma Fertoni *et al.* (2014):

A organização das práticas de saúde com foco nas queixas dos indivíduos que procuram os serviços na identificação de sinais e sintomas e no tratamento das doenças. A promoção da saúde não é prioridade [...] (FERTONANI *et al.*, 2014, p. 1.874).

Apesar de não se alcançarem as metas preconizadas pelo SES/MG, a respeito do equilíbrio na participação dos dois profissionais como responsáveis pelas atividades, comprovou-se a mudança do perfil da profissional enfermeira e do médico, onde a na formação da grade curricular da enfermagem, destaca-se a

assistência ao cuidado, envolvendo as dimensões assistenciais, educativas e de autocuidado, conforme citam Souza *et al.* (2006).

O cuidado é compreendido como a essência da enfermagem, transcendendo aspectos técnicos e biológicos, psico-sociais e espirituais do indivíduo, família e comunidade, envolvendo a provisão de ajuda, atenção, respeito, amor e compreensão mútua (SOUZA *et al.*, p. 1, 2006).

Bem como o perfil da formação médica, atrelada ao atendimento individual.

Após a intervenção realizada, notaram-se a diminuição de tarefas em grupo para a enfermeira e o aumento de suas consultas individuais, bem como o aumento de tarefas em grupo para o profissional médico. Respondendo ao segundo e ao quinto elementos do MACC, o desenho do sistema de prestação de serviços e o autocuidado apoiado, no qual responde-se a dois dos objetivos: a divisão de tarefas entre os membros da equipe e a organização dos recursos para promover saúde, ademais de responder aos parâmetros do PDAPS onde segundo. (MENDES, 2012; SES/MG, 2014).

Como resultado do cálculo das proporções das consultas de acordo com as condições avaliadas e categorias profissionais que as realizaram, acredita-se que a falta aplicação da estratificação de risco, foi um fator que contribuiu para a dificuldade da população em realizar seus agendamentos. Embora tenha sido orientada pelo SES/MG e corroborada pelo terceiro elemento do MACC, no qual o suporte às decisões deve ser baseado em evidências, a estratificação não foi repassada à equipe através das oficinas do PDAPS. A estratificação auxilia na organização do agendamento programado, este agendamento é realizado no cuidado aos pacientes que requerem cuidado continuado, mas sem um mecanismo orientador o processo se torna difícil de ser implementado, uma vez que os pacientes não apresentam capacidade técnica para saberem quando devem retornar às suas consultas para controle de suas condições de saúde.

Essa estratificação foi utilizada pelo PDAPS apenas para o cálculo do número de consultas para pactuação com cada equipe, mas deveria ter sido repassada e implantada. Este foi um dos fatores que contribuíram para que o fluxo de pacientes fosse orientado de uma forma que reforça o sistema cultural, no qual o paciente busca apenas a ajuda médica quando há uma causa aguda ou necessidade de

renovação de suas receitas de condição crônica (MARQUES, LIMA, 2008; SES/MG, 2014).

Segundo Silva *et al.* (2013):

[...] não é estratificado e nem diferenciado o atendimento conforme o grau de risco e a necessidade de cada indivíduo. Os pacientes apenas são consultados individualmente pelo médico quando apresentam alguma queixa e espontaneamente procuram a UBS para este fim, inexistindo consultas programadas (SILVA *et al.*, 2013, p. 6).

O Modelo de Pirâmides de Risco, em que se recomenda a estratificação de risco, surge para melhorar o atendimento de cada paciente, seguindo o princípio de equidade, dando mais a quem necessita mais, ou seja, um paciente com risco alto necessitará de cuidados diferentes em relação a um paciente estratificado com risco baixo (MENDES, 2014).

Segundo Lasta (2014) cita:

[...] adotar a estratificação de risco no cuidado com essas pessoas torna-se relevante, uma vez que a equipe pode evidenciar qual a classificação, o nível de atenção/estrato em que a pessoa está classificada, e qual é o melhor cuidado indicado, norteador o planejamento das intervenções organizadas pela equipe de saúde (LASTA, 2014, p. 8).

Após a distribuição de um cartão individual e a estratificação de risco realizados na intervenção — além das consultas de retorno já agendadas no dia da consulta realizada, intercalando entre ambos profissionais de forma multidisciplinar —, percebe-se o aumento no número de atendimento individual, principalmente no que tange às consultas de enfermagem e atividades educativas do profissional médico. Por exemplo, o total geral de consultas para o perfil de condições avaliadas, pré-intervenção foi de 106,5%, após a intervenção este valor aumenta para 129%, corroborando um aumento relevante.

Quando nos referimos ao número de consultas a pacientes diabéticos, este valor quase dobra, passando de 277,3%, pré-intervenção, para 413,6%, pós-intervenção. Esses números nos levam a sugerir que um dos motivos para este aumento foi a efetiva divisão das consultas entre o enfermeiro e o médico, descentralizando o paciente diabético do cuidado médico. Para hipertensos, também houve um aumento de 88,5% para 99%.

Percebe-se claramente que houve um aumento de consultas, principalmente no que tange à diabetes, isto é, um possível resultado da implantação da estratificação de risco e da distribuição do cartão individual. Através destas duas ferramentas, pode-se cumprir a multidisciplinaridade necessária ao cuidado do paciente crônico, segundo as orientações sugeridas pelo MACC, linhas-guia do SES/MG, Ministério da Saúde e PDAPS.

Quando a estratificação de risco é aplicada, segue-se também o quarto elemento do MACC, respaldado pelo sistema de informação clínica, responsável pela identificação de subpopulações relevantes em função dos riscos individuais. Ademais, quando os pacientes estão estratificados, a equipe pode direcionar um cuidado específico com o uso de tecnologias da gestão da clínica, como a gestão de caso aplicada a pacientes com condições de saúde mais complexas. Gerando-se, dessa forma, a necessidade de especificar a classificação de cada doença (MENDES, 2012; BRASIL, 2014; SES/MG, 2013).

Antes da reorganização, o profissional médico, atendeu 84,4% de diabéticos não especificados do total de diabéticos pré-intervenção; já após a intervenção, este número cai drasticamente para 15,6%. 100% dos pacientes insulíndependentes foram classificados pós-realização da intervenção contra 0% pré-realização da intervenção. Apenas 5,8% dos pacientes não insulíndependentes foram classificados pré-intervenção contra 94,2% após a intervenção.

Apesar do aumento da diversidade das classificações realizadas pós-intervenção, no total geral de atendimentos médicos, houve uma diminuição estatisticamente significativa no atendimento geral de consultas aos pacientes diabéticos. Foram atendidos 52,9%, pré-realização da intervenção e 47,1%, após a intervenção. Algo parecido ocorreu para consultas de pacientes hipertensos, de 50,7% para 49,3%, que pode estar relacionado ao compartilhamento entre consultas realizadas pelo profissional médico e de enfermagem.

No que tange à classificação realizada pela profissional de enfermagem, as mudanças também foram visíveis. Antes da intervenção, apenas 15,1% dos diabéticos foram classificados como insulíndependentes; após a intervenção, este número sobe para 84,9% do total de diabéticos atendidos — as consultas de

enfermagem eram mais focadas em pacientes não insulíndependentes. Podemos sugerir que este fato também pode estar relacionado à concentração destes pacientes apenas ao cuidado médico — 59,5% dos atendimentos pré-intervenção, que cai para 40,5% pós-intervenção.

Classificar, de maneira mais específica, os pacientes diabéticos permite que ambos profissionais possam aplicar a gestão de caso de uma forma mais oportuna. Assim, contribui-se para diminuir complicações e futuras sequelas. (MENDES, 2012). Contrastando, desse modo, a falta de uma classificação mais específica em um primeiro momento no estudo realizado. Antes da reorganização, 67,2% dos pacientes foram classificados como diabéticos não especificados; já pós-intervenção, este número diminui para 32,4%, mostrando que a estratificação de risco foi efetiva para aumentar a especificidade dos diagnósticos individuais de cada paciente.

No que se refere ao atendimento de pacientes hipertensos, não houve diferença nas classificações. Essa falta de classificação mais específica pode-se justificar pelo fato dos pacientes também serem atendidos pela atenção secundária, como o centro HIPERDIA, que sugere-se ter absorvido esta demanda, pois tratam-se de pacientes com grau de complexidade de sequelas ou lesões em órgãos alvo mais graves, que, por exemplo, um paciente diabético insulíno dependente, que não necessariamente se enquadra como paciente com sequelas por usar insulina.

No que se refere ao atendimento geral, houve um aumento significativo das consultas de enfermagem, tanto para pacientes diabéticos quanto hipertensos. Isso corrobora a participação ativa da profissional de enfermagem. Concordando assim com o que Chaves, Teixeira e Silva (2013) afirmam:

Observamos também que a consulta de enfermagem possui uma grande importância para os usuários, pois estes passaram a conviver melhor com a doença a partir do momento que criaram vínculos com o enfermeiro que continuamente promove ações que melhoram a qualidade de vida em função de trabalharem no processo saúde- doença (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013, p. 6).

Quando se classifica de uma forma mais complexa cada doença, o profissional é capaz de prestar orientações mais específicas. Por exemplo, o uso correto da aplicação de insulina no paciente diabético que usa este procedimento

diariamente ou, até mesmo, o cuidado com os pés neste mesmo perfil de pacientes; além de orientações quando a busca de complicações e periodicidade de exames que devem ser solicitados segundo cada doente seja ele hipertenso ou diabético. O que responde à teoria da gestão da condição de saúde, na qual o profissional auxilia-se de evidências científicas (estratificação de risco e Linhas-Guia) para direcionar sua conduta na gestão do cuidado da população (MENDES, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que esta reorganização beneficiou a população adscrita e o processo de trabalho da Equipe. Isso ocorreu devido a três fatores: (1) a estratificação de risco aplicada pela equipe com parâmetros que coordenam a severidade da doença, grau de confiança e o apoio para o autocuidado, recomendados por Mendes (2012); (2) a confecção de um cartão de controle e (3) a realização de atividades educativas frequentes. Esse fatores contribuíram para que os pacientes, de fato, usufríssem da multidisciplinaridade e do cuidado individualizado, segundo cada doente e não doença, conforme, o modelo de Kaiser permanente propõe.

Esta reorganização, corroborada posteriormente pela equipe, utilizando o meio de informação (relatórios) PEC-AB, disponível para a APS, facilitou também o processo de trabalho da Equipe Progresso I, cumprindo os elementos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, reforçando a proposta do PDAPS, em que um de seus objetivos visa à melhoria do processo de trabalho das equipes, reordenando o fluxo de atendimentos. Objetivo este cumprido após a reorganização, com a estratificação de risco e confecção de um cartão individual, que permitiram a efetiva divisão de consultas entre os profissionais.

Com um planejamento adequado, foi possível reorganizar o fluxo assistencial de hipertensos e diabéticos, visando, a longo prazo, melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida dos pacientes. Isso porque as chances de complicações diminuem e, conseqüentemente, as sequelas e os custos econômicos para o núcleo familiar e o SUS.

Diante do exposto, recomenda-se a realização de avaliações periódicas, buscando possíveis pontos frágeis na implementação do PDAPS em Juiz de Fora. E assim, se necessário, realizar a reorganização destes fluxos de atendimento, implantando ferramentas, como estratificação de risco e confecção de cartão individual, com o intuito de auxiliar na reorganização das consultas programadas. Estas estratégias, conseqüentemente, melhorarão o processo de trabalho das

equipes de saúde da família do município, bem como pode aumentar a sobrevivência dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. S.; ALMEIDA, J. M.. A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma unidade de família. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 13-17, abr. 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/31638>. Acesso em: 2 fev. 2019.
- ANDRADE, S. S. A. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, n. 24, v. 2. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00297.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.
- AKERMAN, M. NADANOVSKY, P. Avaliação dos Serviços de Saúde — Avaliar o Quê? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, dez. 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MNKDKXDrzR86FbyDcbYXrHG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2021.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Interações sensíveis à atenção primária após implantação do Plano Diretor em Minas Gerais. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 78, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-52-87872018052017330.pdf. Acesso em: 15 mai. 2021.
- ARAÚJO, F. N. F. *et al.* A efetividade das ações de controle da hipertensão arterial na atenção primária à saúde. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 17, n. 2, 2016. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/1692/1/Flavia%20Nunes%20Ferreira%20de%20Araujo.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2020.
- BEZERRA, N. M. C. *et al.* Consulta de enfermagem ao diabético no programa Saúde da Família: percepção do enfermeiro e do usuário. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5004/3684>. Acesso em: 8 mai. 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_crônica_cab35.pdf. Acesso em: 14 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS** (versão 1.3). Brasília, 2014b. Disponível: <http://www.batatais.sp.gov.br/esus/manuais/ManualPEC.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_rename.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2018b. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. Brasília, 2018c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_iii_forum_monitoramento_plano.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) – Versão 3.2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_Pec_3_2.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais, **Physis**, v. 17, n. 1. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-73312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 mai. 2019.

CARRENO, I. *et al.* Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232015000300947&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 fev. 2020.

CHAVES, M. C.; TEIXEIRA, M. R. F.; SILVA, S. E. D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 2, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jQCrpLD8fngRMYS5pbYts/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2021.

CHUEIRI, P. S. *et al.* Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 114-124, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/revista-divulgacao-em-saude-para-debate-no52-redes-de-atencao-a-saude-construindo-o-cuidado-integral/> Acesso em: 10 set. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-92, set./out. 2003. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6509/5093>. Acesso em: 5 jan. 2021.

COSTA *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FqwRMkLMrBkxqrnhsZF9k8F/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2019.

DANTAS, R. C. de O. *et al.* Fatores associados às internações por hipertensão arterial. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 16, n. 3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000300214&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 fev. 2020.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, v. 13, n. 1, 1992. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/1997.v13n1/103-107/pt/>. Acesso em: 25 jul. 2020.

DE MARCO, M. A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de Educação Permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, jan./abr. 2006.. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/63Ck5wPNn4gxyN39SZfCZsv/?format=pdf&lang=pt> acesso em 06 de julho de 2021.

FERNANDES, L. T. B. *et al.* Supported self-care for children and adolescents with chronic disease and their families. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 6, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601318&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 20 mai. 2019.

FERREIRA, S. C. H., *et al.* A atenção farmacêutica ao paciente portador de hipertensão arterial sistêmica. **Mostra Científica da Farmácia**. v. 3, n. 1, 2016. Disponível em:

<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mostracientificafar ma cia/article/view/1207>. Acesso em: 10 jul. 2019.

FERREIRA, D. C. *et al.* Atenção primária, planejamento e modelos de atenção à saúde: um enfoque sobre o plano diretor da atenção primária à saúde de Minas Gerais. **Rev APS**, v. 16, n. 2, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15160/8005>. Acesso em: 8 mai. 2021.

FERTONANI, H. P. *et al.*, 2014. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 8 mai. 2021.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. *et al.* Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 2. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200268&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2019.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 92 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2019.

GUSMÃO, J. L.; MION Jr., D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 13, n. 1, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Decio_Mion2/publication/257426044_Adesao_a_o_Tratamento_o_grande_desafio_da_hipertensao/links/57d1ef0808ae601b39a20daa/Adesao-ao-Tratamento-o-grande-desafio-da-hipertensao.pdf. Acesso em: 22 jun. 2019.

GUSSO, G.; POLI NETO, P. Gestão da clínica. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1, p. 159-166.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/03/Pesquisa-Nacional-de-Sau%CC%81de-2013-percepc%CC%A7a%CC%83o-do-estado-de-sau%CC%81de-e-estilos-de-vida-e-doenc%CC%A7as-cro%CC%82nicas.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

ISER, B. P. M. *et al.* Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200305&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 jun. 2019.

KHAN, I. A., IJAZ, N. Prophylaxis of infective endocarditis: Current perspectives. **Int. J. Cardiol.**, v. 134, n. 3, 2009. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18495269/>. Acesso em: 9 dez. 2020.

LASTA, R. **Organização do cuidado à pessoa com diabetes mellitus: uma proposta a partir da estratificação de risco.** Trabalho de conclusão (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) — Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2014. Disponível em:

https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/172115/ROSM%c3%89RE_LASTA_-_DCNT%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 21 jun. 2021.

LANDROVE RODRÍGUEZ, O. *et al.* Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. **Rev. Panam. Salud Pública**, n. 42, v. 23, 2018. Disponível em:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34897>. Acesso em: 10 jun. 2019.

LIMA, C. L. J. *et al.* Rastreamento do risco para desenvolvimento do Diabetes Mellitus em usuários da Atenção Básica de Saúde, n. 52, 2018. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-97.pdf. Acesso em: 15 de abr. 2019.

LINARI, M. A. *et al.* Estudio multicéntrico: Escala de adherencia en el tratamiento de la diabetes tipo 2 y su asociación com antecedentes personales aplicada en ocho regiones geográficas diferentes de la República Argentina. **Rev. Arg. Med.**, n. 6, v. 4, 2018.

Disponível em: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/240/199>. Acesso em: 15 de mai. 2019.

LOBO, L. A. C. *et al.* Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mai. 2019.

LONGO, D. *et al.* **Manual de Medicina Harrison**, 18 ed., Artmed. 2013.

LÓPEZ-JARAMILLO, P. *et al.* Consenso Latino-Americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 58, n. 3, 2014. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302014000300205&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 8 dez. 2020.

MAGNABOSCO, P. *et al.* Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Rev. Latino-Am.**, v. 1, n. 23, 2015. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00020.pdf. Acesso em 14 mar. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Rev. Saúde Pública**, Brasília n. 52, v. 2. 2016a. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200373&script=sci_abstract&tlng=pt)

[96222016000200373&script=sci_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200373&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 jun. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, Brasília, n. 51, supl. 1. 2016b. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

[89102017000200313&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acessado em: 1 jun. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. Brasília, 2017. n. 51, supl 1:4s. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000200306&script=sci_abstract&tlng=pt)

[89102017000200306&script=sci_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000200306&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 31 mai. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2 ed. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman & view= download & category_slug=servicos-saude-095 & alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2)

[2 & Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2). Acesso em: 20 jun. 2019.

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

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saud_e.pdf. Acesso em: 15 jun. de 2019.

MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2016. Disponível em:

http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/cogtes/sead/pluginfile.php/4456/mod_forum/attachment/316/O%20ACESSO%20A%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20A%20SAUDE%20PDF.pdf. Acesso em: 25 mai. 2019.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (orgs). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 2, n. 1, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080->

[62342008000100006](#). Acesso em: Acesso em: 15 mai. 2021.

MORALES, Eric Mora. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo, **Acta méd. costarric.**, v. 56, n. 2, San José, 2014. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 20 mai. 2019.

NOGUEIRA, B. C. M. *et al.* Aspectos emocionais e autocuidado de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Terapia Renal Substitutiva. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 27, n. 1, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102019000100127&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 fev. 2020.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 34, n. 5, p. 547-59. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6bwNKdzy7QdbsFxVnmyz93y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2021.

OGMAN, W. Sinais e sintomas em hipertensão arterial. **JBM**, v. 102, n. 5, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4503.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2020.

OLIVEIRA et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2014.v38n101/368-378/pt/>. Acesso em: 27 de abr. 2021.

OLIVEIRA, P. S. A. 2019. Prontuário eletrônico do cidadão e gerência do cuidado de enfermagem na atenção básica: um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/10255/1/priscilasanchesaquinodeoliveira.pdf>. Acesso em: 16 de ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Las 10 principales causas de defunción**. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (2018). Acesso em: 14 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Preguntas y respuestas sobre la Hipertensión. Genebra: OMS. Disponível em: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde** - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2019.

PEREIRA, R. T. A.; FERREIRA, V. A Consulta de enfermagem na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 17, n. 1, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2014.v17i1.10>. Acesso em: 15 mai. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. A assistência programada na rede de atenção aos hipertensos, diabéticos e usuários com doença renal crônica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 3. ed. Belo Horizonte, 2013.

Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Atencao%20Programada.pdf>.

Acesso em: 25 mai. 2019.

SILVA, V. Q. *et al.* Avaliação do comprometimento dos profissionais da saúde do município de São José da Barra (MG) com a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Ciência et Praxis**, v. 4, n. 7. 2011. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2198/1185>. Acesso em: 6 jul. 2021.

SILVA, R. L. D. T. *et al.* Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690111j>. Acesso em: 15 mai. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, n. 95, v. 1, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

SOUZA, A. C. C. *et al.* Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n. 6, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KW3X4TrBL6NRJsY8y385DNF/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 23 mai. 2021.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis_digital/is_0404/pdf/IS24\(4\)110.PDF](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis_digital/is_0404/pdf/IS24(4)110.PDF). Acesso em: 14 out. 2020.

PÉREZ C. M. D. *et al.* Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. **Rev Cubana Med**, v. 56, n. 4, 2017. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001. Acesso em: 15 jun. 2019.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Portaria n.1445, de 9 de novembro de 2009. Normatiza a Prescrição e Dispensação de Medicamentos no Âmbito das Unidades Próprias, Contratadas e Conveniadas com o Sistema Único de Saúde do Município de Juiz de Fora. 2009. Disponível em: https://jfl legis.pjf.mg.gov.br/c_norma.php?chave=0000032053. Acesso em: 24 out. 2019.

RADIGONDA, B. *et al.*, 2012. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n.1, 2016. Disponível em: 10.5123/S1679-49742016000100012. Acesso em: 4 mai. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação**. [Orgs.] Thiago Campos Horta, Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães *et al.* – Juiz de Fora (MG), 2014.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Programa Hiperdia Minas**. Estratificação de Risco. 2012. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document%id=824. Acesso em: 02 jun. 2019.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Linha-Guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 2013. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/publicacoes/linha-guia-e-manuais>. Acesso em: 02 jun. 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Coleção Guia de Referência Rápida, hipertensão, Manejo Clínico em adultos**. 1. ed. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176319/GuiaHAS_reunido.pdf. Acesso em: 04 jun. 2019.

SESSO, R. C. *et al.* Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - Análise das tendências entre 2011 e 2013. **J Bras Nefrol.**, v. 36, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n4/0101-2800-jbn-36-04-0476.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2019.

SILVA, L. M. V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7116.pdf> Acesso em: 27 abr. 2021.

SILVA, Renata Santos *et al.* Análise financeira das internações de diabéticos submetidos à amputação de membros inferiores em hospital público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 81-88, ago. 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/19054>. Acesso em: 2 mai. 2019.

SILVA, A. P. *et al.*, 2016. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**, v. 8, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CKqplXN5qkCjZsHDhPZLYPB/?lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2019.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Health Evaluation: Problems and Perspectives. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 10, p. 80-91, jan/mar, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G36Dy7mLnQd6WttXQ8Jv5ZQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.

SOUZA, D. M. M. (org.). A prática diária na Estratégia Saúde da Família. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011. 462.p. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/11/A-pratica-diaria-na-estrat-gia-Sa-bade-da-Fam-adlia.pdf>. Acesso em: 15 de jan. 2020.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312007000100003>. Acesso em: 06 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2019.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v17n4/v17n4a02.pdf. Acesso em: 5 jul. 2021.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.

1561-1569, nov-dez, 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/jsNy8jWBKbwmggFQM6t5DHQ/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 21 jun. 2021.

APÊNDICE A — A reorganização realizada

A alta mortalidade e as sequelas causadas por essas duas doenças, bem como a procura de pacientes hipertensos e diabéticos por consultas em toda a rede de atenção à saúde — muitas vezes, em estados avançados por falta de adesão ou acesso aos serviços — ratificam as altas prevalências das patologias em todo o Brasil e no mundo (MENDES, 2012). Estabelecendo-se, dessa forma, um problema de saúde pública mundial.

Logo, este quadro não seria diferente na Equipe Progresso I. A demanda reprimida de pacientes hipertensos e diabéticos levou a equipe a realizar uma avaliação do serviço prestado. Como resultado, percebeu-se que alguns fatores contribuíam para causar um aumento indiscriminado desta demanda, tais como: o agendamento voluntário realizado pelo paciente, a falta de mais turnos, de estratificação de risco e de um controle de consultas necessárias para cada condição crônica de forma individual.

Com o objetivo de traçar um plano de ações após a avaliação, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), iniciou-se pela atuação no campo do sistema de atenção à saúde, em que a organização da atenção à saúde reordena a disponibilidade de consultas para esta demanda. Com o intuito de aprimorar e reorganizar a demanda, utilizaram-se as Linhas-Guias da SES/MG para realizar a estratificação de risco, dividindo os pacientes para realização de consultas e atividades coletivas programadas e periódicas, segundo a individualidade de cada patologia. Sendo assim, orientou-se pela classificação dos pacientes segundo seu risco — baixo, moderado, alto e muito alto.

Corroborando os elementos do MACC, no qual se orienta envolver toda a equipe, tornando o atendimento multiprofissional e permitindo uma atenção integral ao portador de hipertensão e diabetes, confeccionou-se um cartão para intercalar os agendamentos das consultas médicas e de enfermagem, de forma a tornar de fato um atendimento multiprofissional.

A curto prazo, com a aplicação da reorganização, espera-se diminuir a demanda reprimida que tanto afligia pacientes e equipe. A médio prazo, espera-se

melhorar os níveis pressóricos e glicêmicos e, conseqüentemente, a longo prazo, o objetivo é diminuir a mortalidade e as sequelas causadas por estas duas doenças que assolam mundialmente a população.

APÊNDICE B — Instrumento de coleta de dados (atividades individuais)

Relatório de atendimento individual

Mês/ano do atendimento	
Categoria profissional que realizou o atendimento ¹	
Problemas/Condições avaliadas ²	
Problemas/condições avaliadas — Outros CID-10 ³	
Problemas/condições avaliadas — outros CIAP-2 ⁴	

¹Médico ou enfermeiro

²Diabetes; hipertensão arterial.

³Diabetes mellitus insulino-dependente; diabetes mellitus não especificado; mononeuropatia diabética; hipertensão essencial primária.

⁴Diabetes insulino-dependente; Diabetes não insulino-dependente; Hipertensão sem complicações; Hipertensão com complicações.

APÊNDICE C — Instrumento de coleta de dados (atividades coletivas)

Relatório de atividade coletiva

Mês/ano do atendimento	
Categoria profissional que realizou a atividade ¹	

¹Médico/Enfermeiro.

ANEXO 1 — Classificação da pressão arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Ótima	< 120 < 80
Normal	< 130 < 85
Limítrofe	130 – 139 85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159 90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179 100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180 ≥ 110

Fonte: SBC, SBH, SBN (2016).

ANEXO 2 — Classificação da hipertensão segundo fatores de risco

Tabela 7 - Estratificação do risco individual do paciente hipertenso: risco cardiovascular adicional de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doença cardiovascular

Fatores de risco	Pressão arterial				
	Normal	Limitrofe	Hipertensão estágio 1	Hipertensão estágio 2	Hipertensão estágio 3
Sem fator de risco	Sem risco adicional		Risco baixo	Risco médio	Risco alto
1 a 2 fatores de risco	Risco baixo	Risco baixo	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
3 ou mais fatores de risco ou lesão de órgãos-alvo ou diabetes melito	Risco médio	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
Doença cardiovascular	Risco alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Fonte: SBC, SBH, SBN (2006).

ANEXO 3 — Estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção

RISCO	CRITÉRIOS (CONTROLE GLICÊMICO – HBA1C –, COMPLICAÇÕES E CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO*)
Baixo	Glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose (pré-diabetes) ou • Diabético com HbA1c < 7%, capacidade de autocuidado suficiente e ü Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e Ausência de complicações crônicas**
Moderado	Diabético com HbA1c < 7% e capacidade de autocuidado insuficiente ou • Diabético com HbA1c entre 7% e 9%. - Em qualquer uma das opções devem ser somadas a ü Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e Ausência de complicações crônicas**
Alto	Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado suficiente e/ou • Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado suficiente e/ou • Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado suficiente
Muito Alto	Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado apoiado insuficiente e/ ou • Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado insuficiente

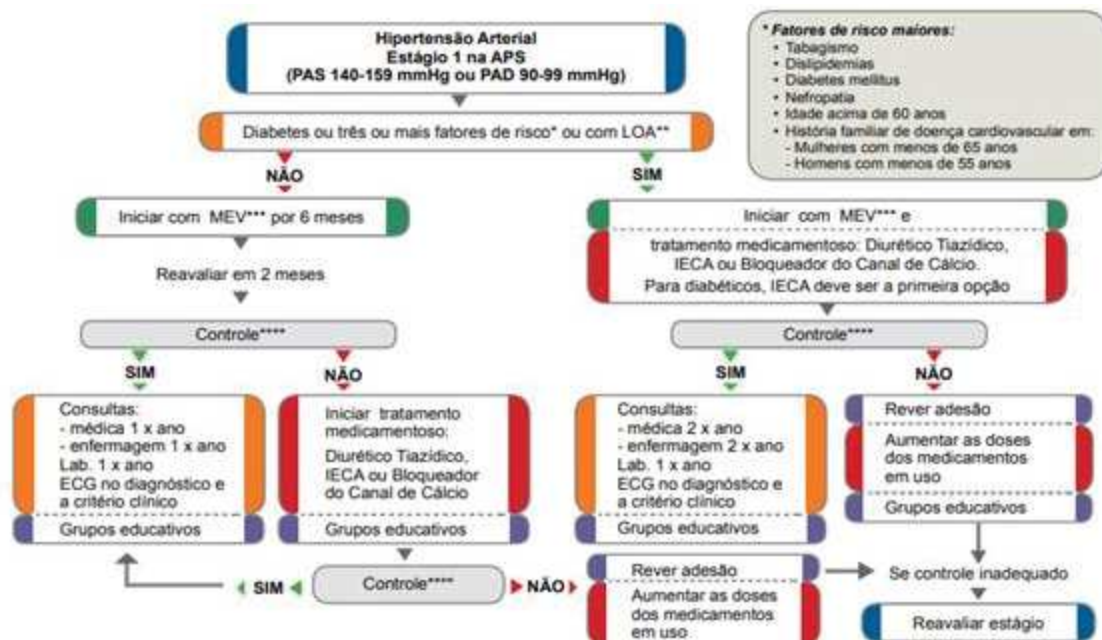
Fonte: SES/MG (2014).

DIABETES MELLITUS		
CONDIÇÃO	CRITÉRIO	PARÂMETRO (Prevalência)
Controle metabólico bom	Hb glicada < 7% Glicemia de jejum < 130 mg/dl	25% dos diabéticos
Controle metabólico regular	Hb glicada entre 7% e 9% Glicemia de jejum entre 130 e 200 mg/dl	45% dos diabéticos
Controle metabólico ruim	Hb glicada > 9% Glicemia de jejum > 200 mg/dl	30% diabéticos
Total		10% da população de 20 anos e mais

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012.

ANEXO 4 — Classificação de diabetes segundo controle glicêmico

Fonte: SES/MG (2012).



ANEXO 5 — Linha de cuidado para o acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica na APS

Fonte: SMS/RJ, 2016.

**ANEXO 6 — Consolidado anual confeccionado pela Equipe Progresso I,
orientado pelo PDAPS/Juiz de Fora**

	B	D	F	G	I	K	L	N	O	P	Q	R	S	T
	ATIVIDADES - DEMANDA PROGRAMADA - ANO													
	CONSULTA MÉDICA	ATIVIDADE EDUCATIVA - MÉDICO	VISITA DOMICILIAR - MÉDICO	CONSULTA ENFERMAGEM	ATIVIDADE EDUCATIVA - ENFERMEIRO	AVALIAÇÃO OU EXAME OU CONSULTA COMPLEMENTAR DE ENFERMAGEM	VISITA DOMICILIAR - ENFERMEIRO	SUPERVISÃO E GERÊNCIA - ENFERMEIRO	PROCEDIMENTO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	VISITA DOMICILIAR - TÉCNICO ENFERMAGEM	VISITA DOMICILIAR - ACS	TOTAL ANUAL		
CRIANÇA	110	4		125	4	0			271					515
ADOLESCENTE	110	5		131	6				93					353
HIPERTENSÃO	472	7		209	9	0								696
DIABETE	164	4		22	6	0								197
TUBERCULOSE	26			3										29

Fonte: SS/JF(2014).

QUADRO 82

Parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde para a organização da rede de atenção

Risco	Parâmetro de prevalência
Baixo	32% dos hipertensos
Moderado	43% dos hipertensos
Alto	20% dos hipertensos
Muito alto	5% dos hipertensos
Total	20% da população de 20 anos e mais

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013.¹

QUADRO 83

Parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde para a organização da rede de atenção

Risco	Parâmetro de prevalência
Baixo	20% dos diabéticos
Moderado	50% dos diabéticos
Alto	25% dos diabéticos
Muito alto	5% dos diabéticos
Total	10% da população de 20 anos e mais

ANEXO 7 — Parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de diabéticos e hipertensos da SES/MG

Fonte: SES/MG (2014).

		UF														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problemas Quilidade Avaliada ¹	Doenças Transmissíveis															
	Tuberculose															
	Hanseníase															
	Dengue															
	Zika															
	Chikungunya															
	Câncer do Colo do Utero															
	Câncer de Mama															
	Risco cardiovascular															
	Outros															
CIAP2 - 01																
CIAP2 - 02																
CID10 - 01																
Exames So Realizados e Avaliados (A)	Colesterol Total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Cholesterol HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/SGO	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrcardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrforese de Hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirografia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de urina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Reflexografia / Fundo de Olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sociologia de Síntese (VDRIL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sociologia para Dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sociologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de antígeno humano (IgA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de orelhinha	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de Gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do orelhinha	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros (RA)															
	Se usou alguma PFC, indicar qual (ver legend)															
	Ficou em Observação?		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	NAS/PDO	Avaliação / Diagnóstico														
		Procedimentos Clínicos / Terapêuticos														
		Prescrição Terapêutica														
		Retorno para consulta agendada														
	Condição ²	Retorno pr cuidados continuados/programado														
		Agendamento para Grupo														
		Agendamento pr NAS/P														
		Afeto do episódio														
		Encaminhamento														
Encaminhamento Interno no Dia																
Encaminhamento pr Serviço Especializado																
Encaminhamento pr CAPS																
Encaminhamento pr Informação Hospitalar																
Encaminhamento pr Urgência																
Encaminhamento pr Serviço de Atenção Domiciliar																
Encaminhamento Interinstitucional																

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)


Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Crèche 06 - Outros 07 - Polo (Academia de Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Alimentação Materna:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementar 04 - Inexistente

Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetamol, ou outras pectormas.

PFC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Acupuntura aplicada à saúde 03 - Fitoterapia 04 - Fitoaroma 05 - Terapias/Condições 06 - Práticas corporais e mente em PFCs 07 - Técnicas manuais em PFCs 08 - Outros * Campo Obrigatório

Fonte: BRASIL, 2014b.

ANEXO 9 — Ficha de atividade coletiva

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA			DEIXADO POR: _____	DATA: ____/____/____
				CONFECIONADO POR: _____	FOLHA Nº: _____
CNE DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*		CEO*	CNE*	IM*	DATA* ____/____/____
TURNO* <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde		CNE DO PROFISSIONAL		CEO***
LOCAL DE ATIVIDADE					
Nº INEP (ESCOLA/CNEN)*		CNE*			
OUTRA LOCALIDADE: _____					
Nº DE PARTICIPANTES*		Nº DE REALIZAÇÕES ALTERNADAS*			
ATIVIDADE (opção única)*			TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)**		
<input type="radio"/> Reunião de equipe			<input type="checkbox"/> Questões administrativas/Planejamento		
<input type="radio"/> Reunião com outros educadores de saúde			<input type="checkbox"/> Políticas de saúde		
<input type="radio"/> Reunião avaliativa/Conselho local de Saúde Coletiva local			<input type="checkbox"/> Diagnóstico de trabalho/Planejamento de trabalho		
			<input type="checkbox"/> Planejamento/Realização de ações de saúde		
			<input type="checkbox"/> Avaliação de resultados/Realização de projeto		
			<input type="checkbox"/> Educação permanente		
			<input type="checkbox"/> Outros: _____		
ATIVIDADE (opção única)*					
<input type="radio"/> Educação em saúde					
<input type="radio"/> Atendimento em grupo					
<input type="radio"/> Avaliação/Procedimento coletivo					
<input type="radio"/> Realização social					
PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 6, 4 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 6 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividades 4, 6 e múltipla para 6)	
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Ações de controle de saúde segun-	<input type="checkbox"/> 01	Antropometria
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Agências regulamentadas	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação técnica de flax
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 6 anos	<input type="checkbox"/> 03	Aterramento elétrico	<input type="checkbox"/> 03	Determinação de linguagem
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Avaliação de pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 04	Educação mental supervisionada
<input type="checkbox"/> 05	Adolescente	<input type="checkbox"/> 05	Cadastre e dados humanos	<input type="checkbox"/> 05	Práticas corporais e atividade física
<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Dependência química/álcool/psicodroga	<input type="checkbox"/> 06	PrCT Saúde 1
<input type="checkbox"/> 07	Menino	<input type="checkbox"/> 07	Emprego/contrato/convênio/assinatadigital	<input type="checkbox"/> 07	PrCT Saúde 2
<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Plataforma digital/telemedicina	<input type="checkbox"/> 08	PrCT Saúde 3
<input type="checkbox"/> 09	Família	<input type="checkbox"/> 09	Prevenção de violência e promoção de cultura da paz	<input type="checkbox"/> 09	PrCT Saúde 4
<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Saúde ambiental	<input type="checkbox"/> 10	Saúde coletiva
<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Saúde bucal	<input type="checkbox"/> 11	Saúde escolar
<input type="checkbox"/> 12	Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Saúde do transplantado	<input type="checkbox"/> 12	Verificação de situação social
<input type="checkbox"/> 13	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13	Saúde mental	<input type="checkbox"/> 13	Outros
<input type="checkbox"/> 14	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> 14	Outro procedimento coletivo (descreva no espaço) _____
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15	Sistema saúde na escola		
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16	Outros		
<input type="checkbox"/> 17	Outros				

Fonte: BRASIL, 2014b.

ANEXO 10 — Problemas/condições avaliadas (ficha de atendimento individual)

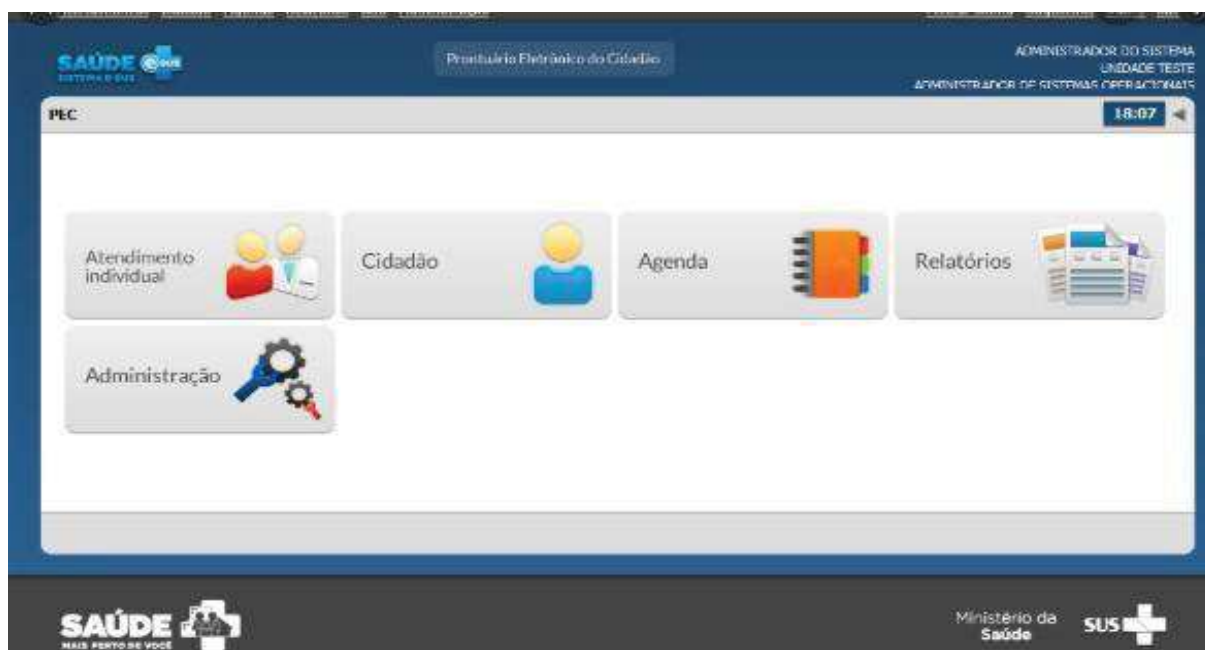
Quadro 32 – Problema/condição avaliada*

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ASMA	Preencher marcando um "X" na opção da linha correspondente ao problema identificado ou condição avaliada abordados no atendimento. É obrigatório marcar ao menos uma opção sobre o problema/condição de saúde avaliada. Caso o problema não esteja descrito na ficha, pode ser utilizado o campo " Outros " para esse registro.
DESNUTRIÇÃO	
DIABETES	
DPOC	
HIPERTENSÃO ARTERIAL	
OBESIDADE	
PRÉ-NATAL	
PUERICULTURA	
PUERPÉRIO (ATÉ 42 DIAS)	
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	
TABAGISMO	
USUÁRIO DE ÁLCOOL	
USUÁRIO DE OUTRAS DROGAS	
SAÚDE MENTAL	
REABILITAÇÃO	
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	Marque a opção que identifique a situação encontrada.
TUBERCULOSE	
HANSENIASE	
DENGUE	
DST	Marque a opção que identifique a situação encontrada.
RASTREAMENTO	
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	
CÂNCER DE MAMA	Marque a opção que identifique a situação encontrada.
RISCO CARDIOVASCULAR	
OUTROS	Caso o problema não esteja descrito no bloco "problema/condição avaliada", pode ser utilizado o campo " Outros " para esse registro. Ofertamos duas classificações que poderão ser utilizadas: CIAP2 (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CID 10 (Classificação Internacional de Doenças).
CIAP2- 01	
CIAP2- 02	
CID10	

Fonte: DAB/MS. 2014.

Fonte: BRASIL, 2014b.

ANEXO 11 — PEC-AB



Fonte: BRASIL, 2014b.

ANEXO 12 — Relatório de atendimento individual

Relatório de atendimento individual

Tipo de atendimento

Descrição	Quantidade
Atendimento de urgência	
Consulta agendada	
Consulta agendada programada / Cuidado continuado	
Consulta no dia	
Escuta inicial / Orientação	
Não informado	
Total	

Problemas / Condições avaliadas

Descrição	Quantidade
Asma	
Desnutrição	
Diabetes	
DPOC	
Hipertensão arterial	
Obesidade	
Pré-natal	
Puericultura	
Puerpério (até 42 dias)	
Reabilitação	
Saúde mental	
Saúde sexual e reprodutiva	
Tabagismo	
Usuário de álcool	
Usuário de outras drogas	
Total:	

Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

Descrição	Quantidade
Total:	

Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

Descrição	Quantidade
B350 - TINHA DA BARBA E DO COURO CABELUDO	
B49 - MICOSE NÃO ESPECIFICADA	
E039 - HIPOTIREOIDISMO NÃO ESPECIFICADO	
E162 - HIPOGLICEMIA NÃO ESPECIFICADA	
E780 - HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	
F20 - ESQUIZOFRENIA	
F329 - EPISÓDIO DEPRESSIVO NÃO ESPECIFICADO	
F410 - TRANSTORNO DE PÂNICO [ANSIEDADE PAROXÍSTICA EPISÓDICA]	
G560 - SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO	
H10 - CONJUNTIVITE	
H130 - PTERÍGIO	
H269 - CATARATA NÃO ESPECIFICADA	
H539 - DISTÚRBO VISUAL NÃO ESPECIFICADO	
H830 - LABIRINTITE	
I10 - HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA)	
I872 - INSUFICIÊNCIA VENOSA (CRÔNICA) (PERIFÉRICA)	
J00 - NASOFARINGITE AGUDA (RESFRIADO COMUM)	
J02 - FARINGITE AGUDA	
K929 - DOENÇA DO APARELHO DIGESTIVO, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO	
L22 - DERMATITE DAS FRALDAS	
L989 - AFECCÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO, NÃO ESPECIFICADOS	
M545 - DOR LOMBAR BAIXA	
M773 - ESPORÃO DO CALCÂNEO	
N390 - INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA	
R05 - TOSSE	
R53 - MAL ESTAR, FADIGA	
T784 - ALERGIA NÃO ESPECIFICADA	
Z000 - EXAME MÉDICO GERAL	
Z30 - ANTICONCEPÇÃO	
Total	

Fonte: BRASIL, 2014b.

ANEXO 13 — Relatório de atividade coletiva

Número de participantes

Descrição	Quantidade
Participantes identificados	
Total de participantes	

Público alvo

Descrição	Quantidade
Comunidade em geral	
Criança 0 a 3 anos	
Criança 4 a 5 anos	
Criança 6 a 11 anos	
Adolescente	
Mulher	
Gestante	
Homem	
Familiares	
Idoso	
Pessoas com doenças crônicas	
Usuário de tabaco	
Usuário de álcool	
Usuário de outras drogas	
Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	
Profissional de educação	
Outros	
Não informado	
Total:	

Fonte: BRASIL, 2014b.

ANEXO 14 — Parecer UFJF



Continuação do Parecer: 3.734.573

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1437177.pdf	25/11/2019 16:23:55		Aceito
Outros	InstrumentoColetadados.pdf	25/11/2019 16:21:57	KERLI FROEDER NEVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOdetalhado.pdf	25/11/2019 16:20:37	KERLI FROEDER NEVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	09/10/2019 14:23:15	KERLI FROEDER NEVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	09/10/2019 13:54:07	KERLI FROEDER NEVES	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	09/10/2019 13:49:29	KERLI FROEDER NEVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 29 de Novembro de 2019

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 03 de 03

Fonte: Plataforma Brasil (2019).