

CAPÍTULO 6

ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE NO DISTRITO FEDERAL

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem¹
Maria José Evangelista²

- 1. Universidade de Brasília (UnB).*
- 2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).*

Resumo

Objetivo: Verificar se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas como está sendo implantado no Distrito Federal, para abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, preenche os critérios necessários para sua avaliação e consequente uso dos seus resultados.

Métodos: Estudo descritivo, realizado por meio de revisão documental, seguindo as etapas de um Estudo de Avaliabilidade, quais sejam: elaboração do modelo lógico, mapeamento dos interessados na avaliação, identificação das perguntas avaliativas e elaboração da matriz de medidas. Participaram dessa etapa os consultores do Conass responsáveis pela condução das oficinas teóricas e atividades de tutorias para implantação do modelo na Região de Saúde Leste do Distrito Federal.

Resultados: A elaboração deste estudo foi baseada em uma metodologia descritiva que facilitou o alinhamento conceitual, a sistematização de informações, permitindo identificar e definir os atores estratégicos e seus papéis, os objetivos, as ações e os recursos necessários, assim como as metas avaliativas. Observa-se que esse modelo se constitui em uma estratégia importante para a abordagem das condições crônicas em detrimento do modelo hegemônico, fragmentado. A partir da realização deste Estudo de Avaliabilidade, acredita-se que existam condições favoráveis para ampliar e qualificar o processo de cuidado dos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Região de Saúde Leste, entretanto, avaliar a sua implantação, é fundamental para assim sustentar uma possível ampliação para toda a rede de saúde do Distrito Federal. Uma limitação deste estudo diz respeito ao fato de ele não ter sido validado pelos potenciais utilizadores. Recomenda-se, portanto, que esta validação seja realizada em uma próxima etapa.

Palavras-chave: Doenças crônicas não transmissíveis; Sistemas de saúde; Atenção primária à saúde.

1. INTRODUÇÃO

As condições crônicas podem ser definidas como as características na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínua e fragmentadas ou integradas,

dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Já as condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar¹.

Normalmente, trabalha-se com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, especialmente na epidemiologia. Entretanto, essa tipologia se assenta no conceito de doença e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde¹.

A dicotomia existente entre o modelo de atenção que está voltado predominantemente às condições agudas, atuando de forma reativa, episódica e fragmentada, e a realidade de crescimento das condições crônicas, a exemplo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que se configuram como importantes causas de morbimortalidade e incapacidades, no mundo, no Brasil e no Distrito Federal², resulta na crise que permeia os sistemas de saúde, os quais são incapazes de prestar uma atenção contínua a população.

Em geral, nesses sistemas fragmentados, não existe uma população adscrita de responsabilização, a Atenção Primária à Saúde (APS) não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis não se articulam com a atenção terciária à saúde¹.

Pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) (2019), envolvendo a percepção de atores estratégicos sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta, entre outros aspectos, a necessidade de revisão do modelo de atenção à saúde, com mudanças profundas na APS, prevendo-a como coordenadora do sistema, tendo na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua melhor alternativa³.

O sistema de saúde do Distrito Federal (DF) tem apresentado inúmeros sinais de que a forma de organização dos serviços, seu funcionamento e o modelo de gestão assistencial não vêm sendo capazes de responder adequadamente às necessidades de saúde da população. Nos últimos anos, essa situação vem-se expressando na superlotação das emergências dos hospitais, na subutilização das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), na insuficiência de leitos hospitalares, na falta de qualidade no atendimento e na longa lista de espera por consultas de especialidades. Além dessas questões, o sistema tem uma baixa cobertura e resolutividade da APS com conseqüente insatisfação da população em relação aos serviços e ações ofertadas⁴.

Para romper com o modelo de atenção hegemônico, voltado para as condições agudas, o DF vem passando, a partir de 2015, por uma reforma de seu sistema de saúde, para estabelecer uma rede de atenção regionalizada, ordenada a partir da APS, baseada na ESF. Foram implementados alguns projetos, à exemplo do complexo regulador

em saúde e da organização da atenção ambulatorial secundária (AAE)⁴, sendo esta última definida como o conjunto de ações e serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a APS e a terciária, devendo ser ainda referência assistencial e consultora para a APS.

Quanto à organização da AAE, foi criada uma estrutura administrativa na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) constituída de uma Diretoria vinculada à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (Sais) e Diretorias Regionais de Atenção à Saúde. Foram incluídos, nesse nível de atenção, os ambulatórios de especialidades, alguns inicialmente mantidos dentro dos hospitais, e outros em policlínicas, algumas das quais instaladas em centros de saúde onde profissionais, principalmente médicos, tiveram baixa adesão ao Converte (reforma da APS)⁵.

Entre as características da AAE organizada, espera-se: o acesso regulado pela APS com base na estratificação dos riscos; critérios de referência e contrarreferência definidos conjuntamente por generalistas e especialistas; acordos sobre procedimentos clínicos e exames complementares para reduzir duplicações, redundâncias ou retrabalhos; atenção prestada por uma equipe multiprofissional trabalhando de forma interdisciplinar; produto final da atenção é um plano de cuidado interdisciplinar para ser executado na APS; incorporação de novas formas de encontro clínico além da consulta presencial face a face; conhecimento pessoal e próximo entre especialistas e generalistas; atuação clínica conjunta em planos de cuidados compartilhados; vinculação de generalistas a especialistas envolvendo a regionalização da atenção especializada; envolvimento de especialistas em atividades educacionais da equipe da APS, em segunda opinião, supervisão e pesquisa⁶.

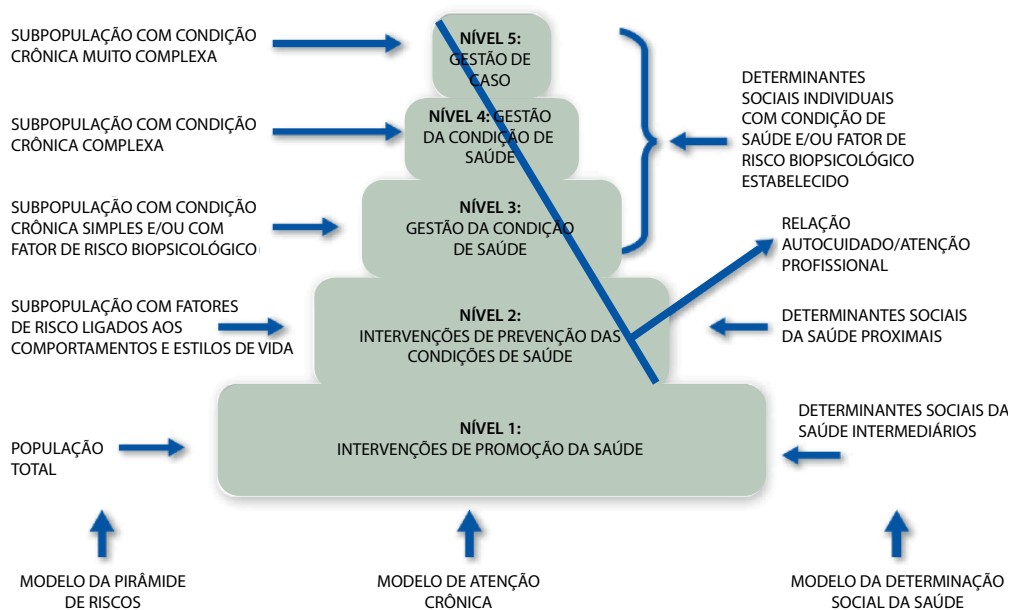
A organização da AAE no DF se deu a partir do projeto Planificação da Atenção à Saúde (PAS) na Região de Saúde Leste, com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). No Hospital dessa região, foi estruturado um espaço para organização da AAE, com formação de uma equipe, multidisciplinar e interdisciplinar. Na APS, foram selecionadas inicialmente duas Unidades de Laboratório (UL) definidas com essa nomenclatura pelo fato de ali se desenvolveram as primeiras atividades de tutoria. As UL escolhidas foram Itapoã I e Itapoã II⁶.

O projeto PAS teve o diferencial de ser iniciado tanto na APS quanto na AAE, sendo este último desenhado a partir do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)¹⁰.

Esse modelo foi desenvolvido por Mendes¹ para o SUS, e consiste em um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecte da saúde, das situações demográfica e

epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (figura 1).

Figura 1. Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes¹.

Do ponto de vista operacional, a implantação do MACC envolve a organização dos macroprocessos e microprocessos, tanto da APS quanto da AAE. Nesse sentido, o risco do usuário é estratificado na APS, sendo que, àqueles identificados como de alto e muito alto risco, o cuidado é compartilhado entre a APS e a AAE, em que será acolhido e atendido pela equipe de acordo com as necessidades identificadas, não havendo agendamento exclusivo para profissionais como no modelo tradicional. Trata-se de uma tecnologia de saúde que utiliza atendimento individual sequencial dos profissionais de uma equipe multidisciplinar, coordenado por um ponto de apoio, com vista ao cumprimento da programação assistencial integrada para cada usuário que culmina com elaboração de um plano de cuidado para este, que é compartilhado com a APS e que se destina à estabilização clínica do usuário¹.

Além desses aspectos, o atendimento não se resume apenas à consulta médica individualizada, mas abrange também atendimentos em grupos, bem como atividades de promoção e prevenção. Os usuários recebem um plano terapêutico produzido conjuntamente com toda a equipe, de modo que ele seja o modificador da sua própria condição

Considerando a incipiência da aplicação do MACC no Brasil e a proposta do DF de organizar a AAE, com base nesse modelo para o manejo adequado de usuários portadores de HAS e DM na Região de Saúde Leste do DF, faz-se necessária a realização de Estudo de Avaliabilidade (EA) para verificar as reais possibilidades de sua implantação.

2. ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Trata-se de um tipo de estudo que faz parte do processo avaliativo, podendo ser utilizado como uma pré-avaliação de um programa, tanto na sua fase de desenvolvimento quanto de implementação, bem como ao longo do seu ciclo de vida⁷.

Os produtos desejados de um EA, entre outros, são uma descrição completa do programa, as questões-chave a serem abordadas pela avaliação e um acordo entre os *stakeholders* sobre o processo⁷.

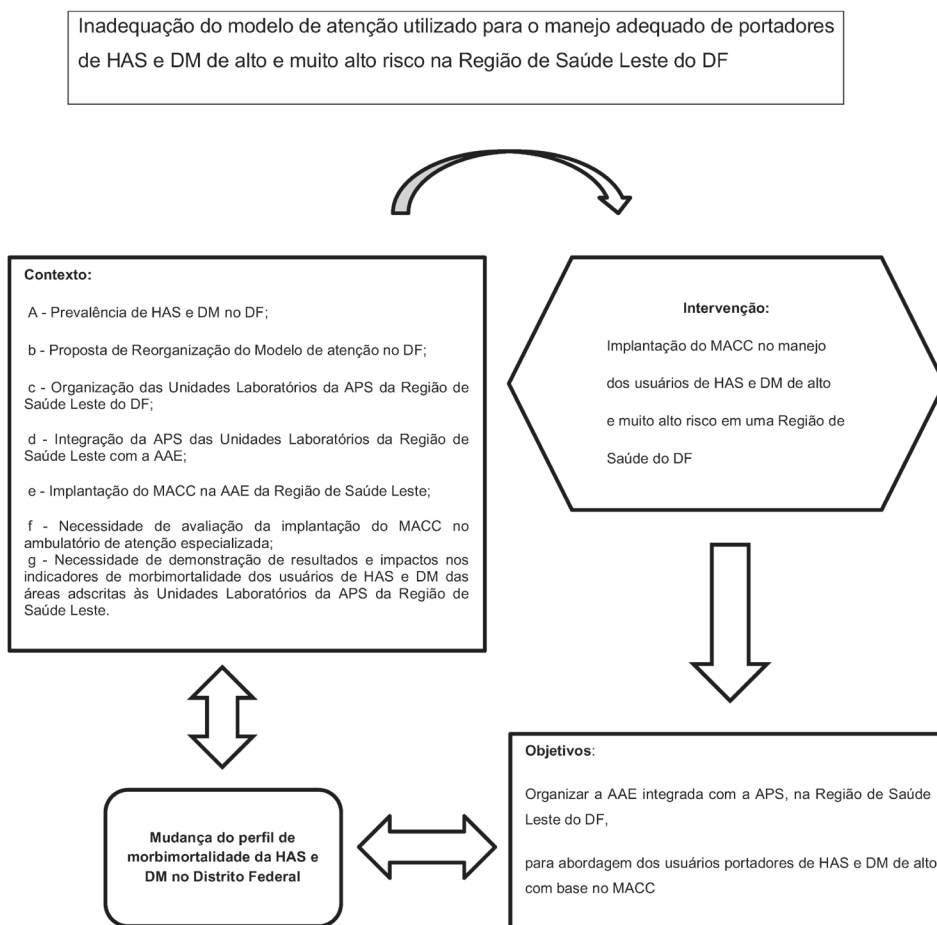
Nesse sentido, este estudo tem como objetivo verificar se o MAAC como está sendo implantado no Distrito Federal, para abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, preenche os critérios necessários para sua avaliação e consequente uso dos seus resultados.

2.1 Descrevendo a intervenção

Uma intervenção, seja ela um programa ou uma política, pode ser concebida como um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática⁷. No caso deste estudo, trata-se da implantação do MACC na rede de atenção do DF envolvendo a APS e a AAE.

Figura 3. Apresentação da Intervenção

Intervenção: Implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no manejo dos usuários de HAS e DM de alto e muito alto risco em uma Região de Saúde do DF. Distrito Federal, Brasil, 2019.



Fonte: Adaptado de Santos AO e Alves JA.

2.2 Problema

Inadequação do modelo de atenção utilizado para o manejo adequado de portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco na Região de Saúde Leste do DF.

2.3 Programa/Projeto

Implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no manejo dos usuários de HAS e DM de alto e muito alto risco em uma Região de Saúde Leste do DF.

2.4 Objetivos

Geral: organizar a AAE integrada com a APS, na Região de Saúde Leste do DF, para abordagem dos usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco com base no MACC.

Específicos:

- Organizar os macroprocessos na APS e AAE para implantação do MACC;
- Organizar os microprocessos na APS e AAE para implantação do MACC.

2.5 Público-alvo

População portadora de HAS e DM, estratificadas na APS, como alto e muito alto risco na Região de Saúde Leste do DF.

2.6 Metas

- Disponibilizar para a unidade de AAE uma equipe multiprofissional para o manejo de HAS e DM (cardiologistas, endocrinologistas, enfermeiros, assistente social, nutricionista, farmacêutico clínico, psicólogos, fisioterapeuta técnico de enfermagem);
- Capacitar 100% das equipes de ESF das UL para estratificação de risco de HAS;
- Capacitar 100% das equipes de ESF das UL para estratificação de risco de DM;
- Capacitar 100% das equipes da AAE para estratificação de risco de HAS;
- Capacitar 100% das equipes da AAE para estratificação de risco de DM;
- Identificar 100% dos usuários portadores de HAS do território de abrangências das UL;
- Identificar 100% dos usuários portadores de DM do território de abrangências das UL;
- Estratificar o risco de 100% dos usuários portadores de HAS do território de abrangências das UL;
- Estratificar 100% dos usuários portadores de DM do território de abrangências das UL;
- Referenciar 100% dos portadores de HAS de alto e muito alto risco do território de abrangências das UL para o AAE;

- Referenciar 100% dos portadores de DM de alto e muito alto risco do território de abrangências das UL o AAE;
- Monitorar 100% dos planos de cuidados dos usuários portadores de alto e muito alto risco de HAS;
- Monitorar 100% dos planos de cuidados dos usuários portadores de alto e muito alto risco de DM;
- Atender no AAE de forma multiprofissional e interdisciplinar 100% dos usuários portadores de HAS de alto e muito alto risco referenciados pela APS;
- Atender no AAE de forma multiprofissional e interdisciplinar 100% dos usuários portadores de DM de alto e muito alto risco referenciados pela APS;
- Capacitar 100% dos profissionais da ESF no manejo adequado dos usuários portadores de HAS;
- Capacitar 100% dos profissionais da ESF no manejo adequado dos usuários portadores de DM;
- Garantir a realização de 100% dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo diretrizes clínicas da HAS;
- Garantir a realização de 100% dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo diretrizes clínicas de DM;
- Garantir a dispensação de 100% dos medicamentos necessários de acordo com o protocolo diretrizes clínicas de HAS;
- Garantir a dispensação de 100% dos medicamentos necessários de acordo com o protocolo diretrizes clínicas de DM;
- Elaborar plano de cuidado de 100% dos usuários portadores de alto e muito alto risco de HAS;
- Elaborar plano de cuidado de 100% dos usuários portadores de alto e muito alto risco de DM;

2.7 Tempo de implantação: 2 anos

3. MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo considerando as seguintes etapas: i) elaboração do modelo lógico; ii) mapeamento dos interessados na avaliação; iii) identificação de perguntas avaliativas; iv) e elaboração da matriz de medidas⁷.

A realização de um EA deve envolver uma revisão documental e a coleta de dados qualitativos por meio de entrevistas individuais e/ou reuniões com os principais inte-

ressados, de modo que se verifiquem, desde o início, os interesses e prováveis usos da avaliação, não perdendo de vista que o EA é um processo cíclico e interativo⁷.

Nesse sentido, foram realizadas a identificação e a revisão da documentação disponível a partir de referências básicas sobre a temática (quadro 1), de modo a compreender a proposta de implantação e funcionamento do MACC; o projeto de planificação da atenção à saúde no DF com todos os seus pontos de atenção, em especial, a organização da APS integrada à AAE na Região de Saúde Leste; bem como a identificação dos insumos, atividades, produtos, resultados e impactos, entre outros aspectos, que subsidiaram a elaboração do modelo lógico e as demais etapas necessárias para realização de um EA.

Quadro 1. Referências utilizadas para revisão documental.
Brasília. Distrito Federal, Brasil, 2019

Documento	Conteúdo	Ano de Publicação
Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017.	Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.	2017
Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017.	Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.	2017
Cadernos de informação técnica e memória do CONASS N. 31.	Planificação da Atenção à Saúde: um instrumento de gestão e organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde.	2018
O cuidado das Condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).	2012
Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	2010

Fonte: Elaboração dos autores.

Participaram desse processo consultores do Conass responsáveis pela condução das oficinas teóricas e atividades de tutorias na APS e na AAE para implantação do MACC na Região de Saúde Leste do DF. Esta participação visou privilegiar os sujeitos que detêm conhecimento teórico-prático sobre a temática e que estão atuando nesse processo de implantação na Região de Saúde Leste do DF. Na continuidade deste estudo, serão realizadas entrevistas e/ou reuniões com os principais envolvidos/interessados na implantação do MACC do DF, particularmente os profissionais da ESF das UL da AAE, de modo que o modelo lógico seja consensuado obtendo-se a sua versão final.

4. RESULTADOS

4.1 Modelo Lógico

Para avaliar uma intervenção, é fundamental a elaboração do modelo lógico (quadro 2), o qual permite documentar o sentido de um programa graças à conceitualização dos vínculos entre as estruturas, os processos e os resultados⁸.

No caso deste estudo, para sua construção, foi tomado o referencial teórico de Hartz, o qual contempla os componentes, os quais devem ser retirados dos objetivos específicos.

Quadro 2. Modelo Lógico baseado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, para abordagem de usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco, em uma região de saúde do DF, estruturado a partir do referencial teórico de Hartz. Distrito Federal, Brasil, 2019

Componentes	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Imediatos	Resultados Intermediários	Resultado Final (Impacto)
Atenção Primária à Saúde	Recursos humanos Recursos materiais Recursos financeiros Recursos físicos	1. Capacitar as equipes das UL/ESF para estratificação de risco de HAS	1. 14 equipes das UL/ESF capacitadas para estratificar riscos dos usuários com HAS	1. Profissionais aptos estratificar usuários com HAS	Equipes das UL/ESF aptas a Organizar a atenção aos usuários de HAS e DM da área adscrita, de acordo com o MACC UL/ESF como ordenadora do cuidado dos usuários com HAS e DM UL/ESF resolutiva no cuidado aos usuários com HAS e DM Usuários de HAS e DM estratificados como alto e muito alto risco atendidos no AAE estabilizados Adesão dos usuários de HAS e DM estratificados como alto e muito alto risco ao auto cuidado apoiado Equipe e usuários satisfeitos	Modelo de Atenção às Condições Crônicas Implantado para manejo de HAS e DM, nas Unidades Laboratoriais /ESF e Ambulatório de Atenção Especializada da Região de Saúde Leste do DF
		2. Capacitar as equipes das UL/ESF para estratificação de risco de DM	2. 14 equipes da UL/ESF capacitadas para estratificar riscos dos usuários com DM	2. Profissionais aptos a estratificar usuários com DM		
		3. Identificar os usuários de HAS do território de abrangência das UL/ESF	3. 100% dos usuários de HAS da área adscrita as UL/ESF identificados	3. Usuários com HAS da área adscrita identificados		
		4. Identificar os usuários de DM do território de abrangência das UL/ESF	4. 100% dos usuários de DM da área adscrita as UL/ESF identificados	4. Usuários com DM da área adscrita identificados		
		5. Estratificar o risco dos usuários de HAS do território de abrangência das UL/ESF	5. 100% dos usuários de HAS da área adscritas UL/ESF estratificados por risco	5. Usuários com HAS da área adscrita estratificados por risco		
		6. Estratificar o risco dos usuários de DM do território de abrangência das UL/ESF	6. 100% dos usuários de DM da área adscrita as UL/ESF estratificados por risco	6. Usuários com DM da área adscrita estratificados por risco		
		7. Garantir a realização dos exames laboratoriais dos usuários de HAS conforme protocolo e diretrizes clínicas	7. 100% dos usuários de HAS da área adscrita as UL/ESF com exames laboratoriais realizados	7. Usuários com HAS da área adscrita com exames laboratoriais realizados		
		8. Garantir a realização dos exames laboratoriais dos usuários de DM conforme protocolo e diretrizes clínicas	8. 100% dos usuários de DM da área adscrita as UL/ESF com exames laboratoriais realizados	8. Usuários com DM da área adscrita com exames laboratoriais realizados		
		9. Garantir a dispensação de medicamentos necessários para os usuários de HAS conforme protocolo e diretrizes clínicas	9. 100% dos usuários de HAS da área adscrita as UL/ESF com acesso aos medicamentos	9. Usuários com HAS da área adscrita com medicamentos dispensados		
		10. Garantir a dispensação de medicamentos necessários para os usuários de DM conforme protocolo e diretrizes clínicas	10. 100% dos usuários de DM da área adscrita as UL/ESF com acesso aos medicamentos	10. Usuários com DM da área adscrita com medicamentos dispensados		
		11. Referenciar os usuários de HAS de alto e muito alto risco ao AAE	11. 25% dos usuários de HAS estratificados como de alto e muito alto risco encaminhados ao AAE	11. Usuários de HAS estratificados como alto e muito alto risco atendidos no AAE		
		12. Referenciar os usuários de DM de alto e muito alto risco ao AAE	12. 30% dos usuários de DM estratificados como de alto e muito alto risco encaminhados ao AAE	12. Usuários de DM estratificados como alto e muito alto risco atendidos no AAE		
		13. Monitorar os planos de cuidados dos usuários de alto e muito alto risco de HAS	13. 100% dos planos de cuidados dos usuários de alto e muito alto risco de HAS monitorados	13. Equipe da APS monitorando os planos de cuidado dos usuários de HAS estratificados como alto e muito alto risco atendidos no AAE		
		14. Monitorar os planos de cuidados dos usuários de alto e muito alto risco de DM	14. 100% dos planos de cuidado dos usuários de alto e muito alto risco de DM monitorados	14. equipe da APS monitorando os planos de cuidado dos usuários de DM estratificados como alto e muito alto risco atendidos no AAE		
		15. Adequar as UL para desenvolver o MACC	15. UL/ESF com ambiência adequada ao MACC	15. Equipe com melhor condição de trabalho		

Componentes	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Imediatos	Resultados Intermediários	Resultado Final (Impacto)
Atenção Ambulatorial Especializada	<p>Recursos humanos</p> <p>Recursos materiais</p> <p>Recursos financeiros</p> <p>Recursos físicos</p>	<ol style="list-style-type: none"> Disponibilizar para o AAE equipe multiprofissional (enfermeiro; médicos cardiologista, endocrinologista e oftalmologista; fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, assistente social, nutricionista e técnicos de enfermagem) necessários para o manejo de HAS e DM Capacitar os profissionais para estratificação de risco de HAS Capacitar os profissionais da AAE para estratificação de risco de DM Atender de forma multi e interdisciplinar os usuários de HAS de alto e muito alto risco referenciados pela APS Atender de forma multi e interdisciplinar os usuários de DM de alto e muito alto risco referenciados pela APS Capacitar os profissionais da UL ESF no manejo adequado dos usuários de HAS Capacitar os profissionais da UL ESF no manejo adequado dos usuários de DM Garantir a realização de exames laboratoriais de acordo com protocolo diretrizes clínicas da HAS Garantir a realização de exames laboratoriais de acordo com o protocolo diretrizes clínicas de DM Garantir a dispensação de 100% dos medicamentos necessários de acordo com o protocolo diretrizes clínicas de HAS Garantir a dispensação de 100% dos medicamentos necessários de acordo com o protocolo e diretrizes clínicas de DM Elaborar plano de cuidado dos usuários de alto e muito alto risco de HAS Elaborar plano de cuidado dos usuários de alto e muito alto risco de DM Adequar a ambiência do AAE para desenvolver o MACC 	<ol style="list-style-type: none"> carteira de serviço da AAE Implantada conforme o modelo MACC 100% dos usuários de HAS de alto e muito alto risco acompanhados no AAE 100% dos usuários de DM de alto e muito alto risco acompanhados no AAE 100% dos usuários de HAS de alto e muito alto risco gerenciados pela equipe multi e interdisciplinar 100% dos usuários de DM de alto e muito alto risco gerenciados pela equipe multi e interdisciplinar 100% dos usuários de HAS de alto e muito alto risco atendidos conforme protocolo e diretrizes clínicas 100% dos usuários de DM de alto e muito alto risco atendidos conforme protocolo e diretrizes clínicas 100% dos usuários com exames laboratoriais realizados de acordo com protocolo e diretrizes clínicas da HAS 100% dos usuários com exames laboratoriais realizados de acordo com protocolo e Diretrizes clínicas da DM 100% dos usuários de HAS com Medicamentos dispensados 100% dos usuários de DM com medicamentos dispensados 100% dos usuários de HAS de alto e muito alto risco com planos de cuidado elaborados 100% dos usuários de DM de alto e muito alto risco com planos de cuidado elaborados AAE com ambiência adequada ao MACC 	<ol style="list-style-type: none"> Mudança nos processos de trabalho Redução dos encaminhamentos desnecessários de HAS da APS Redução dos encaminhamentos desnecessários de DM da APS Usuários de HAS de alto e muito alto risco atendidos de acordo com o MACC Usuários de DM de alto e muito alto risco atendidos de acordo com o MACC Usuários de HAS de alto e muito alto risco atendidos no MACC Usuários de DM de alto e muito alto risco atendidos no MACC AAE resolutivo no cuidado aos usuários com HAS AAE resolutivo no cuidado aos usuários com DM AAE resolutivo no cuidado aos usuários com HAS AAE resolutivo no cuidado aos usuários com DM Planos de Cuidados dos usuários de HAS de alto e muito alto risco encaminhados a APS Planos de Cuidados dos usuários de DM de alto e muito alto risco encaminhados a APS Equipe com melhor condição de trabalho 	<p>Equipe da AAE Manejando os usuários da HAS e DM de acordo com o MACC</p> <p>Usuários de HAS e DM de alto e muito alto risco estabilizados</p> <p>Adesão dos usuários de HAS e DM estratificados como alto e muito alto risco ao autocuidado apoiado</p> <p>Equipe e usuários satisfeitos</p>	<p>Modelo de Atenção às Condições Crônicas Implantado, para manejo de HAS e DM, nas Unidades Laboratórias /ESF e Ambulatório de Atenção Especializada da Região de Saúde Les-te do DF</p>

Fonte: Elaboração dos autores.

O modelo lógico, além de contribuir para uma melhor compreensão do programa, poderá subsidiar futuros processos de avaliação referentes ao MACC. Entretanto, vale ressaltar que o resultado aqui proposto não é uma recomendação definitiva, pois um modelo pode ser adequado e reformulado a cada contexto e ao longo do tempo.

4.2 Mapeamento dos interessados na avaliação

Com o objetivo de garantir que a avaliação seja útil e responda às questões diretamente relevantes para os usuários, além de garantir que a avaliação seja ética e conduzida respeitando os direitos e interesses dos envolvidos, foi realizado o mapeamento dos interessados na avaliação (quadro 3), tendo em conta que, para ser considerado adequado, um processo avaliativo deve identificar seu potencial público e comunicar-se

com ele. Quando os avaliadores não dirigem claramente a avaliação para os usuários potenciais desde o início, é improvável que os resultados tenham a utilidade e a credibilidade esperadas⁸.

Quadro 3. Mapeamento dos Interessados na Avaliação da Implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, para abordagem de usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco, em uma região de saúde do DF. Brasil. Distrito Federal, 2019

Primeiros Interessados	Principais Interesses
Gestor Estadual	<ul style="list-style-type: none"> • Mudar o modelo de atenção à saúde na Região de Saúde Leste/DF, passando de fragmentado e hierarquizado, para RAS; • Organizar a atenção ambulatorial especializada tendo como base o MACC, integrando as equipes de APS com as do AAE; • Implantar a regulação das condições crônicas prioritárias (HÁ e DM) por meio da APS; • Promover capacitação/educação permanente para todos os profissionais da APS e da AAE; • Orientar a população quanto as mudanças nos processos de trabalho para o atendimento das demandas espontâneas e programadas;
Colegiado Gestor do DF	<ul style="list-style-type: none"> • Decidir com base em evidências expandir a implantação do MACC para outras regiões de saúde do DF
Profissionais das equipes da ESF e da AAE	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a qualidade da atenção • Realizar matriciamento da AAE para a APS, como educação permanente
Usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Acessar os serviços de saúde com oportunidade e resolutividade tendo a APS como porta de entrada do sistema
Conselho de Saúde do DF	<ul style="list-style-type: none"> • Decidir com base em evidências a aprovação ou não deste componente no Plano Distrital de Saúde
Conass	<ul style="list-style-type: none"> • Decidir com base em evidências a respeito da adoção do MACC como modelo prioritário para o manejo adequado das condições crônicas • Possibilidade de verificar o impacto do modelo na morbimortalidade dos usuários de HAS e DM • Possibilidade de verificar o impacto da função matricial dos especialistas frente às equipes da APS

Fonte: Elaboração dos autores.

Além da identificação dos interessados na avaliação, é importante identificar o papel a ser desenvolvido por cada um deles e o tipo de apoio que pode vir a ser prestado (quadro 4). Essa lista deve ser revisada periodicamente devido a mudanças no público interessado, sua inserção, interesses ou tipo de apoio⁸.

Quadro 4. Interessados na avaliação da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, para abordagem de usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco, em uma região de saúde do DF, segundo papel e tipo de apoio.

Brasil. Distrito Federal, 2019

Indivíduos ou órgãos que tem interesse na avaliação	Papel na avaliação	Tipo de apoio		
		Aliado	Neutro ou desconhecido	Oponente
Gestor Estadual	Possibilitar o acesso dos avaliadores ao serviço e as equipes	x		
Colegiado Gestor do DF	Receber os avaliadores e colaborar no fornecimento das informações necessárias	x		
Profissionais das equipes da ESF e da AAE	Receber os avaliadores e colaborar no fornecimento das informações necessárias	x		
Usuários	Informar sobre a sua satisfação em relação ao atendimento que recebe no serviço	x		
Conselho de Saúde do DF	Opinar sobre o modelo implantado no serviço		x	
Conass	Contribuir para o processo avaliativo	x		

Fonte: Elaboração dos autores.

4.3 Perguntas avaliativas

As questões-chave a serem abordadas pela avaliação constituem-se um dos produtos esperados para o EA (quadro 5). As perguntas avaliativas proporcionam a direção e base de sustentação à avaliação, e o modelo lógico do programa é essencial na formulação dessas perguntas; dessa forma, essas deverão preferencialmente ser baseadas em seus elementos⁸.

Quadro 5. Perguntas avaliativas a respeito da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, para abordagem de usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco, em uma região de saúde do DF. Brasil. Distrito Federal, 2019

Perguntas Avaliativas	É prioritária?	É útil?	Gera informações importantes?	É viável?	Total
Os usuários portadores de HAS estão identificados e cadastrados na APS?	s	s	s	s	4s
Os usuários portadores de DM estão identificados e cadastrados na APS?	s	s	s	s	4s

Perguntas Avaliativas	É prioritária?	É útil?	Gera informações importantes?	É viável?	Total
Os usuários portadores de HAS estão estratificados por risco na APS?	s	s	s	s	4s
Os usuários portadores de DM estão estratificados por risco na APS?	s	s	s	s	4s
Os usuários portadores de HAS de alto e muito alto risco estão sendo acompanhados na AAE?	s	s	s	s	4s
Os usuários portadores de DM de alto e muito alto risco estão sendo acompanhados na AAE?	s	s	s	s	4s
Os profissionais da AAE estão matriciando os profissionais das equipes da APS?	s	s	s	s	4s
Houve redução no percentual de encaminhamentos desnecessários de HAS da APS para a AAE?	s	s	s	s	4s
Houve redução no percentual de encaminhamentos desnecessários de DM da APS para a AAE?	s	s	s	s	4s
Os hipertensos de alto e muito alto risco estão estabilizados levando em consideração os níveis pressóricos?	s	s	s	s	4s
Os diabéticos de alto risco estão controlados levando em consideração a hemoglobina glicada?	s	s	s	s	4s
As equipes da APS estão gerenciando os planos de cuidado dos usuários de HAS de alto e muito alto risco?	s	s	s	s	4s
As equipes da APS estão gerenciando os planos de cuidado dos usuários de DM de alto e muito alto risco?	s	s	s	s	4s

Fonte: Elaboração das autoras

4.4 Apresentação da matriz de medidas

A elaboração da matriz de medidas, por meio do estabelecimento de critérios, indicadores e parâmetros, é uma condição necessária para avaliação, pois esses quesitos permitirão não apenas descrever o programa, mas também realizar um julgamento sobre o objeto da avaliação, no caso deste estudo, a implantação do MACC no manejo dos usuários de HAS e DM de alto e muito alto risco em uma Região de Saúde do DF (quadro 6).

Quadro 6. Matriz de Medidas para avaliação da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, para abordagem de usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco, em uma região de saúde do DF. Brasil. Distrito Federal, 2019

Perguntas Avaliativas	Critérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados	Técnica
Os usuários portadores de HAS estão identificados e cadastrados na APS?	Proporção de pessoas usuárias de HAS da área adscrita a UL atendidas na APS	20,4% da população adulta da área adscrita a UL	Quantitativa	Secundário	- Painel de bordo (indicadores definidos para acompanhar a implantação do MACC)	Banco de dados
Os usuários portadores de DM estão identificados e cadastrados na APS?	Proporção de pessoas usuárias de DM da área adscrita a UL atendidas na APS	8% da população adulta da área adscrita a UL	Quantitativa	Secundário	- Planilhas de acompanhamento dos usuários atendidos no AAE - Checklist dos macroprocessos da AAE	Banco de dados
Os usuários portadores de HAS estão estratificados por risco na APS?	Proporção de pessoas usuárias portadoras de HAS estratificados na APS	100% dos hipertensos estratificados	Quantitativa	Secundário	- Sistema do DF (Região Leste) integrado ao Sistema de Internação Hospitalar (SIH)	Banco de dados
Os usuários portadores de DM estão estratificados por risco na APS?	Proporção de pessoas usuárias portadoras de DM estratificados na APS	100% dos diabéticos estratificados	Quantitativa	Secundário		Banco de dados
Os usuários portadores de HAS de alto e muito alto risco estão sendo acompanhados na AAE?	Proporção de pessoas com HAS de alto e muito alto risco acompanhados na AAE	100% dos hipertensos de alto e muito alto risco acompanhados na AAE	Quantitativa	Secundário		Banco de dados
Os usuários portadores de DM de alto e muito alto risco estão sendo acompanhados na AAE?	Proporção de pessoas com DM de alto e muito alto risco acompanhados na AAE	100% dos diabéticos de alto e muito alto risco acompanhados na AAE	Quantitativa	Secundário		Banco de dados

Perguntas Avaliativas	Crítérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados	Técnica
Os profissionais da AAE estão matriciando os profissionais das equipes da APS?	Proporção de profissionais da APS sendo matriciados pela equipe da AAE	100% dos profissionais da APS sendo matriciados pela equipe da AAE	Quantitativa	Secundário	- Sistema do DF (Região Leste) integrado ao Sistema de Internação Hospitalar (SIH)	Banco de dados
Houve redução no percentual de encaminhamentos desnecessários da APS para a AAE?	Proporção de usuários de alto e muito alto risco encaminhados da APS para a AAE	Até 12% dos usuários hipertensos e diabéticos encaminhados da APS para a AAE	Quantitativa	Secundário		
Os hipertensos de alto e muito alto risco estão estabilizados levando em consideração os níveis pressóricos?	Proporção de usuários hipertensos de alto e muito alto risco atendidos no AAE no período de 12 meses pelo número de usuários estabilizados no período de 12 meses	Acima de 70% dos hipertensos de alto e muito alto risco estabilizados	Quantitativa	Secundário	- Painel de bordo (indicadores definidos para acompanhar a implantação do MACC) - Planilhas de acompanhamento dos usuários atendidos no AAE	Banco de dados
Os diabéticos de alto risco estão controlados levando em consideração a hemoglobina glicada?	Proporção de diabéticos de alto e muito alto risco atendidos no AAE no período de 12 meses pelo número de usuários com a hemoglobina glicada compensada	Acima de 50% dos hipertensos de alto e muito alto risco estabilizados	Quantitativa	Secundário	- Checklist dos macroprocessos da AAE - Sistema do DF (Região Leste) integrado ao Sistema de Internação Hospitalar (SIH)	Banco de dados

Perguntas Avaliativas	Crítérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados	Técnica
As equipes da APS estão gerenciando os planos de cuidado dos usuários de HAS de alto risco?	Proporção de pessoas portadoras de HAS de alto risco, com planos de cuidado elaborados e monitorados	100% dos planos de cuidados dos hipertensos de alto e muito alto risco monitorados pela APS	Quantitativa	Secundário	- Painel de bordo (indicadores definidos para acompanhar a implantação do MACC) - Planilhas de acompanhamento dos usuários atendidos no AAE	Banco de dados
As equipes da APS estão gerenciando os planos de cuidado dos usuários de DM de alto risco?	Proporção de pessoas portadoras de DM de alto risco, com planos de cuidado elaborados e monitorados	100% dos planos de cuidados dos diabéticos de alto e muito alto risco monitorados pela APS	Quantitativa	Secundário	- Checklist dos macroprocessos da AAE - Sistema do DF (Região Leste) integrado ao Sistema de Internação Hospitalar (SIH)	Banco de dados

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A elaboração deste EA foi baseada em uma metodologia descritiva que facilitou o alinhamento conceitual, a sistematização de informações, permitindo identificar e definir os atores-chave e seus papéis, os objetivos, as ações e os recursos necessários; assim como as metas avaliativas.

Por meio deste estudo, observa-se que o MACC se constitui em um importante modelo para abordagem das condições crônicas em detrimento do modelo hegemônico, fragmentado, em que a AAE funciona totalmente à margem da APS, sem agregar qualquer valor a condição de saúde do usuário.

O ambulatório AAE, implantado na Região de Saúde Leste do DF, segundo os consultores do Conass que têm acompanhado sistematicamente todo esse processo, destaca-se hoje pela competência da equipe multiprofissional, sendo referência para o MACC na atenção especializada. Tendo crescido como qualidade, crescem também as necessidades e exigências, quais sejam: completar e ampliar a carteira de serviços e tornar o ambulatório mais resolutivo e qualificado; ampliar a cobertura da população-alvo,

incluindo unidades de toda a região e, conseqüentemente, criando o acesso para toda a população-alvo identificada nos territórios; ajustar o fluxo de acesso regulado a partir da integração direta entre ESF e AAE; garantir os exames complementares de rotina e especializados; prover o ambulatório de um sistema eletrônico de registro e monitoramento, qualificando o processo de avaliação.

A APS no DF, apesar dos esforços, ainda é muito frágil, com graves limitações de estrutura predial e de equipes de saúde da família, principalmente com relação aos Agentes Comunitários de Saúde, o que reduz a capacidade de resposta para a população. Sem uma APS qualificada, é praticamente impossível o conhecimento da população, estratificação de risco e monitoramento clínico com vistas à estabilização, três pontos que demonstram a competência de uma equipe de APS no cuidado de pessoas com condições crônicas.

No que se refere à gestão, o mais importante é a compreensão de que não se pode implantar um novo modelo de atenção se apoiando ainda em um modelo antigo de gestão. Precisa mudar o foco: da simples implantação de serviços, com uma produção de atendimentos diversificados, do que deriva uma avaliação equivocada do sistema de saúde na qual quanto maior a produção, maior a qualidade, para o interesse e decisões concretas de resposta qualificada à necessidade da população de um território sanitário. A cada ciclo de melhoria contínua na atenção à saúde deve corresponder um ciclo de melhoria contínua na gestão dos serviços e sistemas de saúde.

Uma limitação deste estudo diz respeito ao fato de ele não ter sido validado pelos potenciais utilizadores. Nesse sentido, as metas de avaliação não foram acordadas, assim como os objetivos, os recursos, os processos, os produtos e os resultados que podem ser objeto da avaliação. Portanto, recomenda-se que essa validação seja realizada.

Por fim, acredita-se que existam todas as condições para ampliar e qualificar o processo de cuidado dos usuários com HAS e DM, na APS com o apoio da equipe AAE, sendo imprescindíveis os ajustes na estrutura e processos necessários para tal. Por conseguinte, avaliar a implantação do MACC no DF, a partir do EA, é fundamental para assim sustentar uma possível ampliação para toda a sua rede de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2012. 512p.

2. Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde: manejo da pressão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde [internet]. Distrito Federal; 2018 [acesso em 2019 set 30]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>.
3. Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018. 218p.
4. Fonseca HLP. A reforma da saúde de Brasília, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(6):1981-90.
5. Guedes BAL, Binda do Vale FL, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(6):2125-34.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção à saúde: Um instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas redes de Atenção à Saúde. CONASS documenta 31. Brasília: Conass; 2018. 436p.
7. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011, 292p.
8. Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 275p.