

## Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas<sup>1</sup>

Maria Aparecida Salci<sup>2</sup>  
Betina Hörner Schlindwein Meirelles<sup>3</sup>  
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva<sup>4</sup>

**Objetivo:** avaliar a atenção à saúde desenvolvida pelos integrantes da Atenção Primária à Saúde às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. **Método:** estudo qualitativo, com referencial teórico do Pensamento Complexo e do Modelo de Atenção às Condições Crônicas e metodológico da pesquisa avaliativa. Para a coleta de dados foram realizadas 38 entrevistas com profissionais de saúde e gestores; observação das atividades realizadas pelas equipes de saúde; e análise de 25 prontuários de pessoas que recebiam esse atendimento. A análise de dados teve auxílio do software ATLAS.ti, utilizando a técnica de análise de conteúdo dirigida. **Resultados:** no âmbito micro, a assistência estava distante da integralidade das ações necessárias para assistir às pessoas com doença crônica e estava centrada no modelo biomédico. No âmbito meso, existia desarticulação entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família, destes com os usuários, família e comunidade. No âmbito macro, identificou-se ausência de estratégias diretivas para a implementação das políticas públicas para o diabetes na prática assistencial. **Conclusão:** a implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas constitui um grande desafio, necessitando, principalmente, de profissionais e gestores preparados para trabalharem com doenças crônicas e abertos a romperem com o modelo tradicional.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

<sup>1</sup> Artigo extraído da tese de doutorado "Atenção Primária à Saúde e a prevenção das complicações crônicas às pessoas com diabetes mellitus à luz da complexidade", apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

### Como citar este artigo

Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2882. [Access 

mês	dia	ano

]; Available in: \_\_\_\_\_ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>.

## Introdução

O diabetes mellitus constitui o grupo das doenças crônicas responsável pelas principais causas de morte no mundo e é considerado um dos problemas de saúde de maior magnitude<sup>(1)</sup>. Nesse sentido, pesquisas nacionais e internacionais têm discutido ações que possam ajudar a controlar o avanço dessa doença e de suas complicações e que, muitas vezes, são consequência de uma assistência que não considera as especificidades da cronicidade, com modelos assistenciais inadequados e voltados para a cura das doenças, presente na lógica do modelo biomédico<sup>(2-4)</sup>.

A partir de uma importante discussão internacional, no final do século XX e início do século XXI, sobre modelos de atenção à saúde que considerassem as necessidades das pessoas em condição crônica, foram criados novos modelos de atenção, como o *Chronic Care Model*<sup>(5)</sup>, desenvolvido nos Estados Unidos e que vem sendo amplamente utilizado em vários países do mundo, com relatos de experiências exitosas<sup>(6)</sup>.

O *Chronic Care Model* foi a principal referência para a construção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)<sup>(7)</sup>, que foi elaborado para a realidade e o contexto da saúde brasileira. Contempla as especificidades da cronicidade e das condições de vida adquiridas pelo adoecimento, os contextos relacionados e inter-relacionados nesse processo, assim como a pessoa, sua família, suas redes sociais, as redes de atenção à saúde, os serviços, os profissionais, a gestão e as políticas<sup>(7)</sup>.

Esse modelo vem sendo tomado como referência pelo Ministério da Saúde brasileiro para o estabelecimento das políticas de atenção às pessoas com doenças crônicas, como o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Avaliações da implantação desse modelo ainda não são expressivas, com poucos estudos já realizados, mas que têm revelado sua adequação na atenção às pessoas em condição crônica<sup>(3,8)</sup>. Especificamente sobre a atenção à saúde de pessoas com diabetes, não encontramos estudos que permitissem avaliar se este modelo vem servindo como referência para os profissionais da saúde e que mudanças ele promoveu ao oferecer uma estrutura específica para a atenção em saúde às pessoas em condição crônica. Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar a atenção à saúde desenvolvida pelos integrantes da Atenção Primária à Saúde (APS) às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do MACC.

## Método

Estudo qualitativo, que utilizou como referencial teórico o Pensamento Complexo e o MACC e, como

referencial metodológico a pesquisa avaliativa. Participaram do estudo 38 profissionais de saúde, envolvidos na atenção à saúde de pessoas com diabetes na APS, sendo eles: 29 integrantes de cinco Equipes de Saúde da Família (EqSF) - cinco médicos, cinco enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem e 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); seis integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - dois farmacêuticos, um educador físico, um psicólogo, um assistente social e um nutricionista; e três gestores - dois de Unidade Básica de Saúde (UBS) e um vinculado ao município.

A seleção foi realizada por amostragem teórica. Primeiramente buscou-se junto aos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica as EqSF que possuíam maior número de pessoas com diabetes, cadastradas na área de abrangência. Os profissionais do NASF e os gestores foram indicados como referências para os profissionais de saúde que compunham essas EqSF.

Previamente, ocorreu o contato com os diretores das UBS que alojavam as EqSF, para apresentação do pesquisador e um primeiro contato pessoal com os possíveis participantes, para aos quais foram explicados os objetivos do estudo e as razões do mesmo.

As técnicas de coleta de dados incluíram: entrevista, observação e consulta a prontuários. Para cada uma dessas técnicas foram elaborados roteiros, em conformidade com o objetivo do estudo.

Foram realizadas entrevistas intensivas, individualizadas com cada participante, que tiveram duração entre 30 a 150 min e foram gravadas e transcritas na íntegra. Os participantes tinham entre 25 a 59 anos, com tempo de atuação na APS que variou de quatro meses a 14 anos. A observação foi com participação moderada e ocorreu durante 18 atendimentos de grupo de pessoas com diabetes, desenvolvidos pelos profissionais das EqSF, correspondendo a 40 horas destinadas a essa atividade, que foram registradas em diário de campo. Foram consultados 25 prontuários, selecionados pelos enfermeiros participantes que indicaram cinco prontuários de pessoas com diabetes que eram acompanhadas pela sua equipe. A coleta de dados teve duração de seis meses (dezembro de 2013 a maio de 2014) e foi finalizada respeitando os critérios de saturação de informações.

Para a análise dos dados, a combinação das técnicas adotadas permitiu a triangulação no processo de análise, que foi orientado pela análise de conteúdo dirigida. Teve como referência o MACC, considerando os seus âmbitos de abrangência (micro, meso e macro)<sup>(7)</sup>, e o protocolo proposto na política do Ministério da Saúde em relação ao diabetes: Cadernos de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus<sup>(9)</sup>.

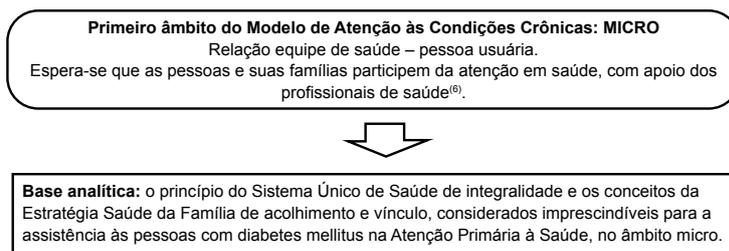
Foi utilizado o *software* ATLAS.ti versão 7.1.7, com licença de número 58118222, como ferramenta tecnológica que subsidiou a organização e codificação dos dados das entrevistas. A análise desses dados envolveu as etapas de codificação, caracterizada pelo momento inicial da análise em que houve a abertura dos dados e a identificação dos códigos originados das entrevistas; e a reorganização dos dados em torno de eixos de interesse, orientados pelos referenciais teóricos adotados. Os dados referentes às observações e consulta dos prontuários foram analisados da mesma forma, porém foram utilizados para dar suporte ou esclarecer o que foi colocado pelos participantes, sobre a atenção que realizavam. A apresentação dos resultados referentes às entrevistas recebeu uma identificação da qual constou a profissão e/ou cargo que ocupavam, seguido pela letra P e um número, que correspondeu à inclusão da entrevista no *software* ATLAS.ti.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e autorização da Secretaria de Saúde do município de referência.

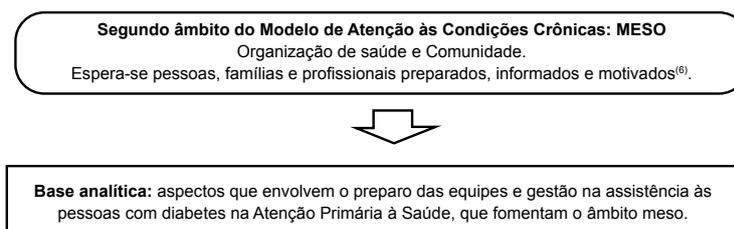
## Resultados

Os resultados do estudo encontram-se apresentados em três categorias (Figura 1), para cada uma delas foi relacionado um dos âmbitos de abrangência do MACC e uma base analítica: *A assistência às pessoas com diabetes na APS*, correspondente ao âmbito micro; *A assistência às pessoas com diabetes na APS: equipe-gestão*, correspondente ao âmbito meso; e, *Políticas para o diabetes: barreiras para a aplicabilidade*, correspondente ao âmbito macro.

**CATEGORIA 1:** A assistência às pessoas com diabetes na Atenção Primária à Saúde.



**CATEGORIA 2:** A assistência às pessoas com diabetes na Atenção Primária à Saúde: equipe-gestão.



**CATEGORIA 3:** Políticas para o diabetes: barreiras para a aplicabilidade.

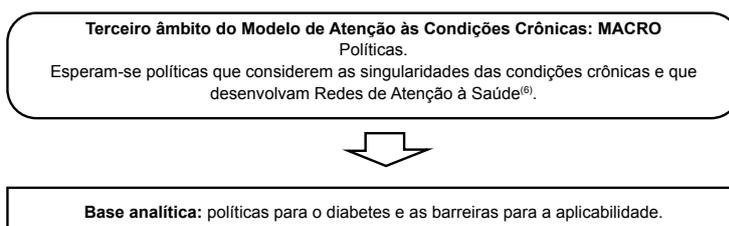


Figura 1 - Categorias e suas relações com os âmbitos do MACC e as bases analíticas

## A assistência às pessoas com diabetes na Atenção Primária à Saúde

A atenção às pessoas com diabetes, em sua grande maioria, era oferecida coletivamente, visando promover o acesso ao atendimento de um número maior de usuários, que estavam cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Esse atendimento era denominado como grupo e ocorria por um pré-agendamento trimestral, de forma a favorecer esse acesso ao serviço de saúde, otimizando a agenda dos profissionais para atendimento de um maior número de pessoas com a mesma doença em dia e horário pré-definidos. A dinâmica estabelecida para a realização dos grupos era de uma assistência centrada na consulta médica, prescritiva, na qual a principal atividade consistia na entrega de receitas e, algumas vezes, mas não de forma sistematizada, eram solicitados exames laboratoriais. Esse momento era marcado por um período estritamente curto para o atendimento das pessoas, o que acarretava em restrição de atividades importantes, como o exame físico.

*O exame físico é feito se tem queixa, não existe uma rotina [...]. Nos dias de grupo, eu tenho cinco minutos para atender o paciente, entre explicar todos os exames e orientar sobre a medicação e fazer o exame físico... Não dá para fazer o exame físico... (Médico-P30).*

Não existia um planejamento das atividades dos profissionais que contemplassem o conjunto das necessidades das pessoas com diabetes. Essa situação tinha implicações no estabelecimento do acolhimento e vínculo, repercutindo na falta de detecção precoce da doença e de suas complicações e na inexistência do acompanhamento sistemático das pessoas com diabetes. Muitas vezes, o marco para o acompanhamento era a presença de complicações graves e irreversíveis.

*Chega paciente meu, eu nem sei se é diabético, se é hipertenso... Ele procura assistência médica quando lhe convém ou quando acontece alguma coisa [...] uma escara no pé, hora que acontece alguma coisa, uma fatalidade, alguma dúvida, descompensou... Mas, ainda não tem um planejamento específico para esses diabéticos (Enfermeiro-P4).*

Nesse atendimento referenciado como de grupo, não era oportunizado que as pessoas falassem sobre outros problemas de saúde. Deveriam se restringir somente aos seus problemas clínicos relacionados ao diabetes e à hipertensão arterial. Ao referir uma queixa diferente, a pessoa era orientada a agendar outra consulta para tentar resolver seus problemas, acarretando em uma demanda a mais ao serviço e dificuldades para essas pessoas.

A atenção desenvolvida pelos integrantes das EqSFs tinha como foco do atendimento o médico, não expressando um trabalho inter ou multidisciplinar. Os

enfermeiros não se envolviam no atendimento e no acompanhamento sistematizado, para a prevenção e a redução de complicações crônicas do diabetes. Atividades educativas eram realizadas de forma parcial ou mesmo não eram realizadas.

*[...] Como eu vou falar para um paciente com 70 anos que ele tem que limpar o frasco, aspirar, pegar a seringa, se ele já não tem a destreza das mãos, habilidade para furar ali. Você explica, ele olha para a sua cara e você sabe que ele não entendeu. Aí, você olha e pensa: será que eu pergunto se ele entendeu ou eu não pergunto? Porque, se ele não entendeu, vai que eu tenho que explicar tudo de novo... (Enfermeira-P4).*

Outro aspecto encontrado foi a falta de integração dos profissionais com a família das pessoas com diabetes, assim como com seu contexto social. Ressalta-se que, com exceção dos ACS, nenhum outro profissional apontou a existência desse envolvimento e direcionamento em suas ações e práticas no processo de cuidar e assistir as pessoas com diabetes na APS.

## A assistência às pessoas com diabetes na Atenção Primária à Saúde: equipe-gestão

A motivação, considerada como um requisito o autocuidado, foi percebida pelos profissionais como algo distante da realidade em que se encontram as atuais práticas de atenção às pessoas com diabetes na APS. Na observação dos encontros dos grupos, as pessoas com diabetes ficavam sentadas durante um longo período, de forma passiva, aguardando serem chamadas pelo médico. Não havia, de maneira geral, uma interação sistematizada com os profissionais e mesmo entre eles.

*O grupo parece um matadouro. Eles ficam todos sentados, a enfermagem e os ACS fazem o que têm que fazer e depois eles ficam sozinhos aguardando o médico chamar (ACS-P13).*

Outra questão importante é que nem todos os profissionais, especialmente os do NASF e os de nível técnico, tinham conhecimento clínico sobre o diabetes, especialmente sobre suas complicações. Isso promovia, nesses profissionais, dificuldade em sua atuação, especialmente nas atividades educativas para a prevenção das complicações do diabetes. Os ACSs criaram estratégias para se autocapacitarem, procurando ler os *folders* e panfletos distribuídos pela Secretaria Municipal e Ministério da Saúde, e também referiram que, quando sentiam necessidade, faziam perguntas para os profissionais que julgavam ter mais conhecimento.

*Eu sei que o paciente pode perder o pé e afetar a visão, não sei se tem mais complicações [...]. Eu acho que a gente deveria saber mais sobre diabetes para orientar as pessoas certinho. Nós não temos capacitação, o que eu sei é porque eu vou perguntando para um, para outro, sempre tem um colega que sabe*

*mais e também tento ler tudo que a Secretaria manda para nós (ACS-P22).*

Quanto aos aspectos relacionados à gestão, ressalta-se uma dificuldade da gestão municipal para acompanhar a assistência oferecida pelas EqSF às pessoas com diabetes. Essa lacuna poderia ser suprida com a atuação da gestão local das UBS que, como parte de sua função, deveria realizar a supervisão da assistência desenvolvida nos locais sob sua responsabilidade. Entretanto, os gestores locais traziam consigo direcionamentos partidários por determinação da atual administração pública. Muitos deles ocupavam cargos comissionados e foram colocados na função sem formação e sem experiência prévia na área da saúde, tendo muita dificuldade em envolver-se com aspectos mais específicos e mesmo, com o cumprimento das políticas públicas.

*Quando me fizeram o convite para eu vir para essa Unidade eu fiquei ansiosa e temerosa, porque o que eu sabia e entendia de saúde? Nada, nada... Depois que eu vim, eu vi que dava certo porque tem a parte de organização, estruturação, funcionário... essa parte estava desorganizada e eu conseguia trabalhar [...]. Eu tenho muitas dificuldades até hoje, ainda peço muito socorro para as enfermeiras, eu ainda preciso aprender muito, muito... (Gestor local/UBS-P33).*

Outro aspecto a ser considerado, nessa assistência, foi a ausência de ações que identificassem a mobilização dos recursos sociais, com orientação da comunidade, para essa causa, como proposto pelo MACC.

### **Políticas para o diabetes: barreiras para a aplicabilidade**

Como barreiras encontradas para a implementação das políticas públicas referentes ao diabetes, na atual assistência desenvolvida pelos profissionais e gestores da APS, destaca-se que nenhum dos entrevistados referiu desenvolver suas práticas clínicas de acordo com o preconizado pelos manuais e protocolos do Ministério da Saúde: *Assim, dizer que a gente aplica o que está no manual... Não!* (Enfermeira-P2). A conduta adotada era marcada por atitudes particulares, de acordo com a formação e com a experiência de cada profissional, adquiridas a partir das suas relações e interações às práxis históricas, sem uma atualização e acompanhamento das mudanças nas políticas.

*Tomo minhas condutas pela bagagem que foi aprendida durante a faculdade e pela prática com os anos de Estratégia Saúde da Família, porque a teoria é diferente da prática, tem todo um contexto social, familiar e tudo mais, não dá para levar em conta só o que se vê no livro (Médica-P31).*

A implantação das propostas do Ministério da Saúde ou das Secretarias de Estado (protocolos, manuais,

era uma decisão de cada profissional da saúde, não existindo espaços de discussões que levassem a uma decisão coletiva da EqSF ou da UBS. O conhecimento sobre o conteúdo do material ficava a critério de cada profissional e de sua iniciativa pessoal para efetuar a leitura e implementá-lo.

*Mas por que você não faz? Porque não deu tempo de ler o manual, porque eu sou uma só para fazer mil coisas. Vai do enfermeiro ler e tentar mudar alguma coisa, mas se ele não quiser saber, continua assim. O protocolo, eu levei para casa para ler o de câncer de útero, o de amamentação e vou levar o de hipertenso e diabético. Porque assim, o Ministério lança o protocolo, vem o livro para nós e acabou (Enfermeira-P1).*

Em relação às RAS, essas ainda não eram consideradas uma realidade do sistema de saúde no âmbito municipal, especialmente por suas fragilidades nas conexões entre os diferentes pontos da rede. Os profissionais da saúde não tinham, como referência e apoio, o serviço especializado/secundário com grande dificuldade para poderem efetuar os encaminhamentos necessários para uma atenção adequada. Ademais, quando a consulta especializada acontecia, a contra-referência ainda era precária, cabendo ao usuário trazer a receita entregue pelo especialista para que o profissional da UBS/EqSF continuasse prescrevendo as medicações propostas; expressando a falta de uma articulação entre os diferentes pontos da rede.

### **Discussão**

De acordo com os resultados do estudo, a atenção às pessoas com diabetes realizada em grupo foi marcada por uma atuação mais voltada para dar conta da demanda de consultas médicas, sem que essa atenção fosse pautada pela política de saúde, o que acena para um cumprimento apenas parcial da política de atenção às pessoas com diabetes<sup>(9)</sup>. As ações eram desenvolvidas com base no modelo biomédico com um grande distanciamento das práticas necessárias e contempladas no MACC às pessoas com doenças crônicas<sup>(7)</sup>. Situações semelhantes, também foram encontradas em outros estudos realizados na APS, mostrando que essa situação se repete em diferentes locais da realidade brasileira<sup>(10-11)</sup>.

A escuta, como um elemento do acolhimento, imprescindível para o estabelecimento do vínculo e compreendida como um dos pilares da ação terapêutica, fundamental para uma assistência com vistas à integralidade<sup>(12)</sup>, não foi evidenciada nessa atenção. A recomendação é que haja um acompanhamento individualizado das pessoas com diabetes, compreendendo que o contexto de cada uma e a forma como vivem com a doença se constituem em elementos

essenciais para o cuidado que tem a intenção de manter os níveis glicêmicos sob controle e promover qualidade de vida a elas<sup>(9,13)</sup>.

A orientação, como instrumento da educação em saúde, é um elemento essencial para que as pessoas possam realizar o autocuidado<sup>(9,14-15)</sup>, para terem uma vida saudável e produtiva. Estudos que analisaram a prática e as concepções de educação em saúde destacam a necessidade de uma maior valorização do papel dos profissionais de saúde como sujeitos propulsores de mudanças na prática educativa e no modelo de saúde em que se encontram inseridos<sup>(15-16)</sup>.

A falta de integração dos profissionais com a família das pessoas com diabetes, assim como com seu contexto social, acena para a ausência de convergência da prática com os princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF), da integralidade e do MACC, em que a família deve ser envolvida no plano de cuidado das pessoas usuárias<sup>(7)</sup>.

As insuficiências expressas pelos ACS sobre o pouco conhecimento da temática do diabetes corroboram com outro estudo que também apontou a necessidade de melhor instrumentalização dessa categoria profissional, que tem um papel fundamental na dimensão comunicacional e relacional com as pessoas usuárias<sup>(17)</sup>, mesmo considerando que não existe uma atuação clínica dos ACS.

A gestão local, no desempenho de suas funções, tem dificuldade de compreender e agir frente a complexidade de um serviço de saúde. Deixam marcas de uma atuação reducionista, isolada e simplificada do processo gerencial e político, como por exemplo, a inexistência de mobilização dos recursos sociais com orientação da comunidade para essa causa, como proposto pelo MACC<sup>(7)</sup>.

Essa atuação dos gestores mostra uma falta de articulação com os profissionais de saúde e com a realidade dos usuários da APS. Ressalta-se a necessidade de terem uma formação adequada com apropriação do conhecimento das ações em saúde e de suas inúmeras inter-relações com outros setores da sociedade e mesmo, dentro do próprio sistema de saúde. A fragmentação do olhar sobre a realidade os impede de apreenderem as múltiplas facetas dessa realidade<sup>(18)</sup>. Outro estudo realizado na APS também identificou problemas de ordem gerencial, destacando a ocorrência de uma forte influência político-partidária de cunho clientelista e falta de profissionais qualificados<sup>(10)</sup>.

Ficou expresso que os profissionais da saúde não tomam como referência para suas ações os documentos do Ministério da Saúde, para assistir as pessoas com diabetes. Isso porque, a implementação de uma política de saúde aporta inúmeros entraves no nível local, permeados por questões estratégicas, por interesses e por

múltiplos atores, considerados aspectos determinantes para o sucesso ou insucesso dessa política<sup>(19)</sup>.

Frente a essas conotações, e à complexidade sistêmica organizacional, foram identificados múltiplos pontos de fragilidades na assistência às pessoas com diabetes na APS, especialmente, quando analisada pelo prisma do MACC. De acordo com o paradigma da complexidade, apareceram diversas situações que remetem a uma organização fragmentada, reducionista, contraditória e disjuntiva às políticas que a embasam, sendo possível identificar diversas desordens estabelecidas. Entretanto, considerando os princípios que embasam o pensamento complexo, que se faz presente em todos os fenômenos vivos, todas as desordens podem ser produtoras de uma nova ordem e estabelecer uma nova organização<sup>(18)</sup>.

Estudos nacionais, que retratam a aplicabilidade do MACC, evidenciam que após sua implantação ocorreu melhora no cuidado às pessoas, com aumento da adesão ao tratamento por parte das pessoas assistidas<sup>(3)</sup> e introdução de novas estratégias de atenção, pelos profissionais de saúde, as quais incluem ações para o autocuidado, entrevista motivacional e grupo operativo<sup>(8)</sup>. Essa realidade converge com experiências internacionais, em países que adotaram um novo modelo de atenção específico para as doenças crônicas, os quais afirmam sua eficácia e eficiência para assistir essa população em suas singularidades e pluralidades, expressas em seus processos saúde-doença<sup>(6,20)</sup>.

Como limitações, registra-se que este estudo teve como abrangência apenas um município e avaliou o modelo com enfoque no diabetes como doença crônica. Entretanto, o MACC não é reconhecido pelos profissionais como uma orientação.

Para que o MACC possa ser uma realidade na rede de atenção primária e ser efetivo para a assistência ao diabetes, é imprescindível que ocorram mudanças em vários âmbitos de abrangência do modelo de atenção, incluindo um preparo mais específico, além de mudanças na estrutura da atenção em saúde, repercutindo na forma de atuação dos profissionais de saúde e gestores.

## Conclusão

A avaliação da atenção à saúde desenvolvida pelos integrantes da APS às pessoas com diabetes, na perspectiva do MACC, permitiu concluir que a implementação desse modelo constitui um grande desafio, marcado pela necessidade de profissionais e gestores preparados para trabalharem com doenças crônicas e abertos a romperem com o modelo tradicional; e políticas que deem condições para a operacionalização desse modelo nos âmbitos micro, meso e macro.

Os resultados apresentados podem contribuir para a reorganização da atenção às pessoas com diabetes na APS, com apontamentos para os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, os quais devem voltar-se às ações resgatando paradigmas, conceitos e objetivos dos modelos de atenção em que se encontram inseridos (APS e ESF), que devem ser a base para suas práticas assistenciais. Para os gestores, aponta a necessidade de contemplar medidas que possam dar suporte para auxiliar os profissionais a desenvolverem uma assistência integral, e, para as políticas públicas para o diabetes, assinala a necessidade de propor estratégias de controle e acompanhamento da assistência oferecida na base, com medidas que garantam, além do acesso, a qualidade da assistência às pessoas com diabetes.

## Referências

1. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Practice*. [Internet]. 2010;87:4-14. [Access Feb 23 2016]. Available from: [http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(09\)00432-X/pdf](http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(09)00432-X/pdf)
2. Coleman K, Austin B, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs*. [Internet]. 2010;79(7):530-8. [Access May 22 2015]. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.full.pdf+html>.
3. Schawab GL, Moysés ST, Kusma SZ, Ignácio SA, Moysés SJ. Percepção de inovação na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. *Saúde Debate*. [Internet]. 2014;38(e sp.):307-18. [Access 15 jan 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0307.pdf>.
4. Narayan KMV. Type 2 diabetes: why we are winning the battle but losing the war? *Diabetes Care*. [Internet]. 2016;39:653-63. [Access May 20 2016]. Available from: <file:///C:/Users/Sony/Downloads/guerra.pdf>.
5. Wagner EH, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*. [Internet]. 2001;20(6):64-78. [Access Jan 11 2015]. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64.long>.
6. Frei A, Senn O, Chmiel C, Reissner J, Held U, Rosemann T. Implementation of the chronic care model in small medical practices improves cardiovascular risk but not glycemetic control. *Diabetes Care*. [Internet]. 2014;37(4):1039-47. [Access Feb 23 2016]. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/4/1039.long>
7. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: OPAS; 2012. 512 p. [Acesso 20 mai 2013]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf).
8. Fiuza MLT, Lopes EM, Alexandre HO, Dantas PB, Galvão MTG, Pinheiro AKB. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. *Esc. Anna Nery*. [Internet]. 2013;17(4):740-8. [Acesso 20 jun 2014]. Disponível em: [http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=912](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=912).
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [Acesso 10 jan 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf).
10. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2013;22(1):36-42. [Acesso 15 out 2014]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf).
11. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referente à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores locais. *Saúde Debate*. [Internet]. 2015;39(104):9-17. [Acesso 15 jan 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00009.pdf>.
12. Maynard WHC, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2014;27(4):300-3. [Acesso 21 jan 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0300.pdf>.
13. Nugent LE, Carson M, Zammitt NN, Smith GD, Wallston KA. Health value & perceived control over health: behavioural constructs to support Type 2 diabetes self-management in clinical practice. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2015;24(15-16):2201-10. [Access Jan 11 2016]. Available from: <http://Internetlibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12878/full>.
14. Imazu MFM, Faria BN, Arruda GO, Sales CA, Marcon SS. Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015. [Access Oct 10 2015]; 23(2):200-207. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

- 11692015000200004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0247.2543>.
15. Hass L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Fisher EB. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*. [Internet] 2012;35 Suppl 1:2393-401. [Access Jan 11 2016]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4181074/>.
16. Klein HA, Jackson SM, Street K, Whitacre JC, Klein G. Diabetes self-management education: miles to go. *Nurs Res Pract*. [Internet]. 2013; [Access May 22 2015]; Available from: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/581012/>.
17. Bellenzani R, Santos AO, Paiva V. Agentes comunitários de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. [Internet]. 2012;21(3):637-50. [Acesso 15 jan 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/10.pdf>.
18. Morin E. Introdução ao pensamento complexo [Internet]. Porto Alegre: Sulina; 2006. 120 p. [Acesso 10 jan 2016]. Disponível em: [http://ruipaz.pro.br/textos/introducao\\_compexidade/files/publication.pdf](http://ruipaz.pro.br/textos/introducao_compexidade/files/publication.pdf).
19. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde Debate*. [Internet]. 2015;39(104):210-25. [Acesso 11 fev 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00210.pdf>.
20. Morel RJ, Salvá AR, Piñera AD, Acosta SB, Lorenzo IS, Vos P, Stuyft PV. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. *MEDISAN*. [Internet]. 2011;15(11):1611. [Acesso 10 Enero 2016]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_15\\_11\\_11/san121111.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_11_11/san121111.htm).

Recebido: 3.2.2016

Aceito: 28.10.2016

---

Correspondência:  
Maria Aparecida Salci  
Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem  
Av. Colombo, 5790, Bloco 2, Sala 3  
Jardim Universitário  
CEP: 87020-900, Maringá, PR, Brasil  
E-mail: [masalci@uem.br](mailto:masalci@uem.br) / [cidinhasalci@hotmail.com](mailto:cidinhasalci@hotmail.com)

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.