







Artigo original

Potencialidades e fragilidades institucionais no cuidado ao idoso com hipertensão*

Institutional strengths and weaknesses in the care of older adults with hypertension

Fortalezas y debilidades institucionales en el cuidado del adulto mayor con hipertensión

Johrdy Amilton da Costa Braga^I, Mérida Zilanda Barbosa Bordoni^I,
Elorides de Brito^{II}, Maíra Mendes dos Santos^{III}, Iarema Fabieli Oliveira de Barros^{IV},
Elisa Brosina de Leon^I

^I Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, Amazonas, Brasil

^{II} Associação de Sustentabilidade, Empreendedorismo e Gestão em Saúde do Amazonas (SEGEAM), Manaus, Amazonas, Brasil

^{III} Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUATI), Manaus, Amazonas, Brasil

^{IV} Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

*Extraído da dissertação "Avaliação da Capacidade Institucional para Atenção às Condições Crônicas nos Serviços de Saúde Especializados em Idosos na Cidade de Manaus-AM", Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (PPGSSEA), Universidade Federal do Amazonas (UFAM), 2019.

Resumo

Objetivo: avaliar a capacidade institucional de cuidado ao paciente hipertenso nos serviços de saúde destinados aos idosos, a partir da percepção das equipes de saúde. **Método:** estudo transversal, com 53 profissionais de saúde das instituições ambulatoriais especializadas no cuidado ao idoso na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. Aplicou-se a Avaliação da Capacidade Institucional para Atenção às Condições Crônicas (ACIC). Os dados são apresentados em valores de média. **Resultados:** as potencialidades foram nas dimensões: autocuidado apoiado ($6,1 \pm 2,7$), organização da atenção à saúde ($5,5 \pm 2,1$) e desenho do sistema de prestação de serviços ($5,1 \pm 2,6$). As fragilidades foram: sistema de informação clínica ($3,9 \pm 2,7$), recursos da comunidade ($4,0 \pm 2,9$), integração dos componentes do modelo de atenção ($4,1 \pm 2,7$) e suporte às decisões ($4,4 \pm 2,9$). **Conclusão:** de acordo com o ACIC, as instituições apresentaram capacidade básica na prestação de cuidado ao paciente hipertenso.

Descritores: Doença Crônica; Equipe de Assistência ao Paciente; Idoso; Avaliação em Saúde; Saúde Pública

Abstract

Objective: To evaluate the institutional capacity to care for hypertensive patients in health services for older adults, based on the perception of health teams. **Method:** A cross-sectional

study with 53 health professionals from outpatient institutions specializing in the care of older adults in the city of Manaus, Amazonas, Brazil. The Institutional Capacity Assessment for Attention to Chronic Conditions (ACIC) was applied. Data are presented in mean values. **Results:** The strengths were in the dimensions: supported self-care (6.1 ± 2.7), organization of health care (5.5 ± 2.1), and design of the service delivery system (5.1 ± 2.6). The weaknesses were: clinical information system (3.9 ± 2.7), community resources (4.0 ± 2.9), integration of the components of the care model (4.1 ± 2.7), and support for decisions (4.4 ± 2.9). **Conclusion:** According to the ACIC, the institutions presented a basic capacity to provide care to hypertensive patients.

Descriptors: Chronic Disease; Patient Care Team; Aged; Health Evaluation; Public Health

Resumen

Objetivo: evaluar la capacidad institucional para la atención de hipertensos en los servicios de salud del anciano, a partir de la percepción de los equipos de salud. **Método:** estudio transversal, con 53 profesionales de la salud de instituciones ambulatorias especializadas en el cuidado de ancianos en la ciudad de Manaus, Amazonas, Brasil. Se aplicó la Evaluación de la Capacidad Institucional para la Atención de Condiciones Crónicas (ACIC). Los datos se presentan como valores medios. **Resultados:** las potencialidades estuvieron en las dimensiones: autocuidado apoyado ($6,1 \pm 2,7$), organización de la atención en salud ($5,5 \pm 2,1$) y diseño del sistema de prestación de servicios ($5,1 \pm 2,6$). Las debilidades fueron: sistema de información clínica ($3,9 \pm 2,7$), recursos comunitarios ($4,0 \pm 2,9$), integración de los componentes del modelo de atención ($4,1 \pm 2,7$) y apoyo a las decisiones ($4,4 \pm 2,9$). **Conclusión:** según la ACIC, las instituciones tenían una capacidad básica para brindar atención a los pacientes hipertensos.

Descriptoros: Enfermedad Crónica; Grupo de Atención al Paciente; Anciano; Evaluación en Salud; Salud Pública

Introdução

O envelhecimento populacional se apresenta como um fenômeno mundial identificado em diversos países, inclusive na América Latina, e reflete o aumento da expectativa de vida.¹⁻² O acréscimo dos anos e o estilo de vida têm contribuído para uma mudança nos padrões de doenças ao longo do tempo, partindo de um período em que havia o predomínio de enfermidades de origem infecciosa até chegar aos tempos atuais, no qual se observa maior prevalência de um grupo de enfermidades denominadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).³⁻⁴

Essas DCNTs se caracterizam por possuírem um início gradual, apresentam múltiplas causas e duração longa e incerta.⁵⁻⁶ A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sobressai dentro desse grupo. Em 2019, sua prevalência global em adultos de 30 a 79 anos era de 32% entre as mulheres e de 34% entre os homens.⁷ No Brasil, essa doença afeta cerca de 22,8% da população.⁸ Naqueles com idade entre 60 a 64 anos a

prevalência dessa doença alcança expressivos 44,4%, e aumenta quando se observa os que possuem entre 65 a 74 anos, chegando a 52,7%.⁹⁻¹⁰

Toda essa mudança de cenários em saúde impulsiona a busca por melhor capacidade assistencial aos pacientes acometidos por condições crônicas, em especial a HAS. Para que isso seja possível, é necessária a transformação de um sistema, que se caracteriza como reativo, fragmentado e episódico, e que responde às demandas de condições e eventos agudos, em outro sistema, que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde.¹¹ O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) pode ser usado como uma estratégia para alcançar essa transformação do cuidado, pois abrange as especificidades advindas da cronicidade e das condições de vida adquiridas em decorrência de doenças, incrementadas pela observação do contexto individual, Redes de Atenção, profissionais e serviços de saúde, gestão e políticas públicas.^{5,12-13}

Para que essa transformação no cuidado ofertado alcance o objetivo de fornecer assistência adequada é imprescindível a realização de avaliações constantes a fim de conhecer os pontos fortes e aqueles que precisam ser melhorados dentro dos serviços de saúde.¹³⁻¹⁵ Existem instrumentos que podem ser utilizados para tal finalidade, pois fornecem informações e parâmetros importantes para nortear a qualidade do serviço prestado e o planejamento das ações, como no caso do instrumento de avaliação da capacidade institucional para atenção às condições crônicas (ACIC).^{13,15-16}

Percebe-se que o estudo dessa temática tem crescido no cenário nacional, podendo contribuir para a melhoria da atenção a essas enfermidades em todo o território brasileiro.^{13,15} No estado do Amazonas (AM), a produção científica a esse respeito ainda é escassa e necessita ser abastecida. Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de se identificar as fragilidades e potencialidades apresentadas na assistência ofertada ao paciente idoso com HAS nos serviços ambulatoriais especializados no atendimento desse público em uma cidade do AM, permitindo, a partir do diagnóstico, a implementação de medidas assertivas para aumento da eficácia e eficiência no cuidado.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é avaliar a capacidade institucional de cuidado ao paciente hipertenso nos serviços de saúde destinados aos idosos, a partir da percepção das equipes de saúde.

Método

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado no município de Manaus, AM, Brasil, no período de junho a agosto de 2019. A coleta de dados foi desenvolvida em todos os serviços de saúde especializados no cuidado aos idosos na cidade de Manaus, que no total são quatro: os Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI, N=3) e a Policlínica da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) (N=1). Para descrição do artigo foram seguidas as recomendações do instrumento STROBE.

A amostra foi estabelecida por conveniência não probabilística. A totalidade de profissionais de saúde que seria possível contatar nas quatro instituições compreendia 105 pessoas, sendo entrevistados 53. Esses atenderam aos critérios de seleção: profissionais de saúde reconhecidos pela Resolução nº 287 (08/10/98) do Conselho Nacional de Saúde (assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de Educação Física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais)¹⁷. Foram excluídos 52 profissionais por motivos como: férias ou licença, estarem ocupando cargo de gestão e ou por não aceitarem participar do estudo.

Os profissionais de saúde das instituições selecionadas foram convidados para uma palestra que explanou os objetivos da pesquisa de forma simples e esclarecedora. A coleta dos dados ocorreu individualmente após o agendamento prévio com os profissionais interessados em participar do estudo, a fim de que não houvesse comprometimento na assistência aos idosos. Após a leitura e consentimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido iniciou-se a aplicação dos instrumentos em sala reservada para o estudo. A coleta foi feita por uma equipe previamente treinada.

O primeiro instrumento utilizado foi o questionário socioeducacional que continha informações profissionais (profissão, sexo, data de nascimento, instituição de formação profissional, realização de pós-graduações *lato sensu*, tempo de assistência

ao idoso e de assistência na instituição atual). Após, aplicou-se a ferramenta de Avaliação da Capacidade Institucional para Atenção às Condições Crônicas (ACIC), traduzido e adaptado transculturalmente para diversas línguas, inclusive o português do Brasil.¹⁶

O ACIC possui 35 questões norteadoras divididas em sete dimensões, sendo: i) organização da atenção à saúde; ii) recursos da comunidade; iii) autocuidado apoiado; iv) suporte às decisões; v) desenho do sistema de prestação de serviços; vi) sistema de informação clínica; e vii) integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas,¹⁶ conforme o Quadro 1. As dimensões no ACIC são analisadas por meio de um escore que varia de 0 a 11 pontos. Para a aplicação do instrumento, é necessário que se estabeleça uma doença para ser a condição norteadora. Dessa forma, selecionou-se a HAS devido à sua alta prevalência nessa população-alvo, e por ser um fator de risco para outras patologias, tais como Acidente Vascular Cerebral.

Quadro 1 - Aspectos das sete dimensões do instrumento de Avaliação da Capacidade Institucional para Atenção às Condições Crônicas (ACIC).

Dimensões	Conceitos
Organização da Atenção à Saúde	O manejo de políticas/programas de condições crônicas pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada estiver orientado e permita maior ênfase no cuidado às condições crônicas.
Recursos da comunidade	A articulação entre o sistema de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários têm importante papel na gestão/manejo de condições crônicas.
Autocuidado apoiado	O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidarem com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da saúde.
Suporte às decisões	O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso às informações baseadas em evidências para apoiar as decisões na atenção aos usuários. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidências científicas, consultas a especialistas, educadores em saúde, e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.
Desenho do sistema de prestação de serviços	Há evidências de que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema e realinhamento da oferta do cuidado.
Sistema de informação clínica	Informação útil, oportuna e individualizada para todos os usuários em condições crônicas. É um aspecto crítico de modelos efetivos de atenção, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.
Integração dos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas	Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).
<p>Interpretação dos resultados</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</p> <p>Capacidade limitada para a atenção às condições crônicas</p> <p>Capacidade básica para a atenção às condições crônicas</p> <p>Razoável capacidade para a atenção às condições crônicas</p> <p>Capacidade ótima para a atenção às condições crônicas</p> <p>Menor capacidade institucional</p> <p>Maior capacidade institucional</p>	

Fonte: Antônio Filho DS, Moysés SJ, Moysés ST (2013).¹⁶

A partir da coleta de dados realizada individualmente com os profissionais de saúde, os resultados foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2010, bem como estabelecida a média parcial alcançada em cada dimensão e a média final de cada estabelecimento de saúde.^{5,16} Após agrupados e contabilizados por média e desvio padrão simples, os dados foram transportados e analisados no programa Graph Pad Prism 8.0.

Para testar a normalidade das variáveis – organização da atenção à saúde; recursos da comunidade; autocuidado apoiado; suporte às decisões; desenho do sistema de prestação de serviços; sistema de informação clínica; e integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas – foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. A comparação entre os escores de cada dimensão, bem como dos subcomponentes alcançados pelas instituições, foi realizada pelo teste Anova one way, seguido de pós-teste de Tukey, considerando o nível de significância $p < 0,05$.

Com vistas a resguardar o sigilo dos participantes da pesquisa, bem como das instituições visitadas, adotou-se um sistema de identificação por letras, sendo as instituições identificadas aleatoriamente pelas letras do alfabeto A, B, C e D.

O estudo seguiu os procedimentos para atender os preceitos éticos das Resoluções nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018. Após anuência da Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em 21 de abril de 2019, sob nº CAAE 09899819.0.0000.5020.

Resultados

A amostra de 53 participantes foi composta, por fisioterapeutas (26%), seguidos de enfermeiros (19%), psicólogos (11%), médicos (11%), dentistas (11%) e assistentes sociais (8%). Nutricionistas, farmacêuticos, profissionais de Educação Física e terapeutas ocupacionais compuseram juntos, 14%, conforme Tabela 1. Mais da metade dos profissionais (68%) corresponderam ao sexo feminino, com média de idade de $39,4 \pm 7,5$ anos.

Sobre as instituições de formação dos profissionais, constatou-se que 51% eram formados em instituições públicas; 42% eram especialistas em Gerontologia/Saúde Pública ou Saúde Coletiva; e 52% eram especialistas em outras áreas da Saúde, perfazendo um total de 94% de especialistas em áreas afins da Saúde. Em relação ao tempo de experiência profissional e de assistência ao idoso, a média foi de $13,22 \pm 7,4$ anos e $7,0 \pm 5,0$ anos, respectivamente. Em média, os profissionais apresentaram $6,0 \pm 5,0$ anos de assistência na instituição.

Tabela 1 - Dados socioeducacionais da amostra dos participantes (n=53). Brasil, 2021

Variável	Total	Instituição A (n=11)	Instituição B (n=9)	Instituição C (n=17)	Instituição D (n=16)
Sexo (n; %)					
Feminino	36; 68	6; 55	7; 78	11; 65	12; 75
Masculino	17; 32	5; 45	2; 22	6; 35	4; 25
Idade (média em anos \pm dp)	$39,4 \pm 7,5$	$39,27 \pm 8,27$	$42,44 \pm 8,72$	$40,29 \pm 5,86$	$36,81 \pm 7,65$
Núcleo profissional (n; %)					
Fisioterapia	14; 26	3; 27	2; 22	4; 24	5; 31
Medicina	6; 11	2; 18	-	3; 18	1; 6
Psicologia	6; 11	1; 9	-	1; 6	4; 25
Enfermagem	10; 18	1; 9	2; 22	5; 29	2; 13
Odontologia	6; 11	1; 9	2; 22	2; 12	1; 6
Assistência social	4; 8	1; 9	1; 11	1; 6	1; 6
Farmácia	3; 7	1; 9	1; 11	1; 6	-
Nutrição	2; 4	1; 9	-	-	1; 6
Terapia Ocupacional		-	-	-	-
Profissional de Educação Física	2; 4	-	1; 11	-	1; 6
Local de formação em graduação (n; %)					
Instituição superior pública	27; 51	7; 64	5; 56	12; 71	3; 19

Instituição superior privada	26; 49	4; 36	4; 44	5; 29	13; 81
Especialização <i>lato sensu</i> (n; %)					
Sem especialização	3; 6	1; 9	-	-	2; 13
Especialização em Geriatria/Gerontologia ou Saúde Pública ou Saúde Coletiva	22 ;42	3; 27	2; 22	6; 35	11; 69
Especialização em outras áreas da Saúde	28; 52	7; 64	7; 78	11; 65	3; 19
Exercício profissional (média em anos \pm dp)					
Tempo de exercício profissional em assistência	13,22 \pm 7,4	14,82 \pm 7,37	15,89 \pm 9,13	15,29 \pm 6,19	8,43 \pm 7,10
Tempo de exercício profissional em assistência ao idoso	7,0 \pm 5,0	7 \pm 3,35	8,71 \pm 6,73	7,39 \pm 4,69	5,27 \pm 4,39
Tempo de exercício profissional na instituição avaliada	6,0 \pm 5,0	5,00 \pm 4,00	7,66 \pm 6,86	6,00 \pm 4,00	4,27 \pm 2,96

No que concerne às dimensões organizacionais da atenção à saúde e aos recursos da comunidade, não foram observadas diferenças significativas entre os serviços de saúde avaliados (Figura 1).

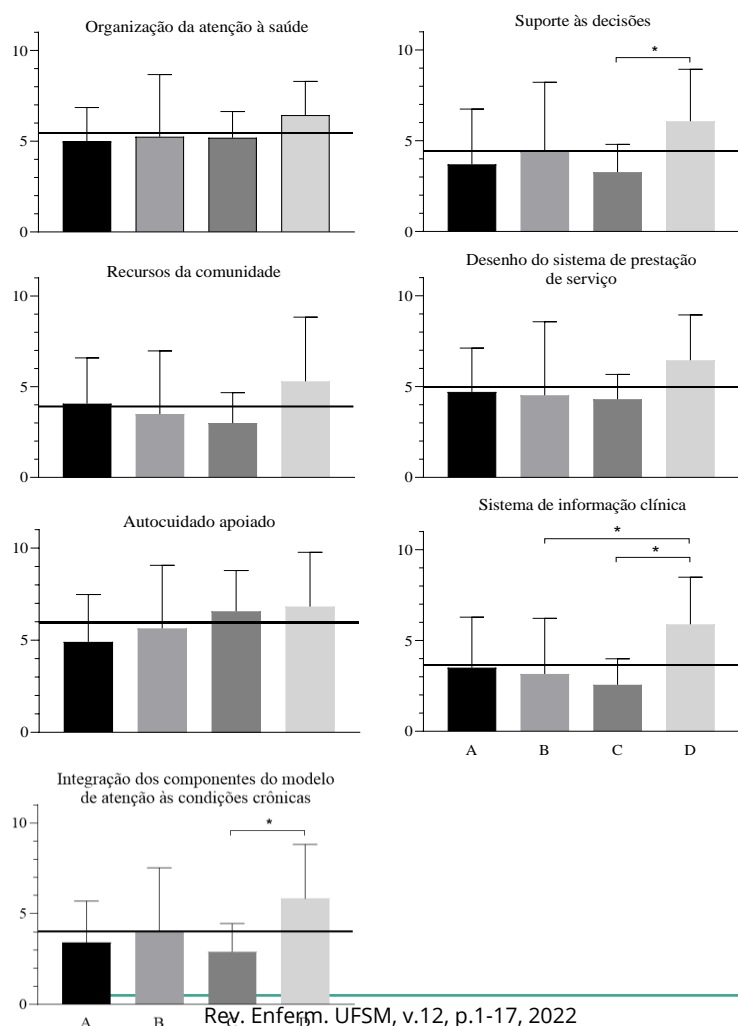


Figura 1 - Escore das sete dimensões do ACIC entre os serviços de saúde especializados aos idosos na cidade de Manaus (AM). Brasil, 2021.

O Quadro 2 apresenta a análise de cada um dos componentes das dimensões, demonstrando que a instituição D apresentou valores estatisticamente significativos quando comparada às demais instituições nos seguintes itens: políticas e incentivos de atenção às condições crônicas; intervenções efetivas para mudança de comportamento e grupos de apoio; diretrizes baseadas em evidências; educação das equipes em atenção às doenças crônicas; liderança das equipes de saúde; monitoramento; registro; retroalimentação (*feedback*); informação relevante sobre subgrupos de pacientes que requerem serviços especializados; planos terapêuticos; registros ou sistemas de informação; programas comunitários; plano organizacional para atenção às doenças crônicas; rotina de monitoramento para consultas; avaliação do paciente; e planejamento de metas.

Quadro 2 - Resultados do questionário de avaliação da capacidade institucional para atenção às condições crônicas nas instituições em Manaus-AM (n=53). Brasil, 2021

Dimensões	Subcomponentes	Instituição A (n= 11)	Instituição B (n=09)	Instituição C (n=17)	Instituição D (n=16)	p*
		M±dp	M±dp	M±dp	M±dp	
Organização da atenção à saúde	Liderança organizacional do sistema para atenção às doenças crônicas	3,8±0,8	5,0±3,0	4,1±1,5	5,9±2,4	0,03
	Metas organizacionais para atenção às doenças crônicas	4,4±2,4	4,6±4,0	4,5±2,4	5,9±2,7	0,42
	Estratégias para a melhoria da atenção às doenças crônicas	5,8±2,4	5,2±2,7	5,7±1,5	6,0±2,3	0,86
	Políticas e incentivos para atenção às doenças crônicas	5,4±2,3	5,3±3,7	3,9±1,7	6,6±2,9	0,05
	Autoridades institucionais	4,6±2,0	5,8±4,1	6,6±2,3	7,0±2,3	0,13
	Benefícios e incentivos	6,0±2,5	5,5±4,4	6,4±2,4	7,2±2,1	0,51
Recursos da comunidade	Associar os pacientes com recursos da comunidade	4,1±3,2	3,2±3,3	2,9±2,7	4,9±4,0	0,35
	Parcerias com as organizações comunitárias	4,3±2,8	3,0±3,2	3,1±2,7	5,6±3,6	0,09
	Planos de saúde regionais	3,8±2,9	4,2±4,1	3,0±2,5	5,4±3,8	0,23

	ou locais					
Autocuidado apoiado	Avaliação e documentação das necessidades de autocuidado e atividades realizadas	5,1±2,9	5,0±4,0	5,3±3,5	7,4±3,4	0,21
	Apoio ao autocuidado	4,3±3,3	5,8±3,7	5,8±3,7	6,1±3,6	0,61
	Suporte psicossocial aos pacientes e familiares	5,1±2,6	6,2±4,2	6,8±2,6	6,1±3,5	0,61
	Intervenções efetivas para mudança de comportamento e grupos de apoio	5,2±3,2	5,6±4,6	8,4±2,7	7,6±2,9	0,04
Suporte às decisões	Diretrizes baseadas em evidências	3,5±3,3	5,0±3,5	3,8±2,3	6,4±2,7	0,03
	Envolvimento de especialistas na melhoria da atenção primária	4,0±3,4	4,3±4,3	4,0±2,3	6,6±3,3	0,09
	Educação das equipes em atenção às doenças crônicas	3,9±3,5	4,2±4,0	2,5±2,1	5,7±3,6	0,05
	Informação aos pacientes sobre as diretrizes	3,3±3,1	4,0±4,1	2,7±2,2	5,4±3,2	0,08
Desenho do sistema de prestação de serviços	Linha de cuidado para a atenção às condições crônicas	4,3±2,6	4,6±2,9	4,5±3,2	6,4±2,8	0,19
	Liderança das equipes de saúde	3,7±2,6	4,0±4,6	3,8±2,4	6,9±2,9	0,01
	Sistema de agendamento	4,5±2,5	5,4±4,4	5,3±3,3	5,9±2,9	0,75
	Monitoramento	3,7±2,9	4,0±4,4	2,9±2,5	6,0±2,8	0,03
	Consultas planejadas para atenção às doenças crônicas	6,3±4,1	4,7±4,7	4,2±2,9	6,8±3,1	0,16
	Referência ao especialista ou a serviços de apoio diagnóstico	5,7±2,7	4,4±4,4	5,1±2,3	6,8±2,5	0,23
Sistema de informação clínica	Registro	2,5±2,3	2,0±2,4	2,2±2,0	5,3±3,0	0,002
	Alerta aos profissionais	4,2±3,2	3,3±3,6	3,3±2,5	5,3±2,9	0,22
	Retroalimentação (<i>feedback</i>)	3,3±2,8	3,1±3,2	1,9±1,8	6,2±3,3	0,000
	Informação relevante sobre subgrupos de pacientes que requerem serviços especializados	3,9±3,1	3,6±3,5	2,4±2,2	5,9±3,6	0,01
	Planos terapêuticos dos pacientes	3,6±3,3	3,8±3,6	3,0±1,7	6,7±3,2	0,004
Integração dos componentes do modelo de atenção às condições	Informando pacientes sobre protocolos	3,4±2,2	3,9±4,0	3,3±2,5	5,6±3,6	0,16
	Registros ou sistemas de informação	4,5±2,9	4,2±3,4	3,1±2,5	6,3±3,3	0,03
	Programas comunitários	2,7±2,4	3,4±3,5	1,4±1,2	5,4±3,7	0,001

crônicas	Plano organizacional para atenção às doenças crônicas	3,8±2,8	3,6±3,6	2,5±1,6	5,8±3,3	0,01
	Rotina de monitoramento para consultas, avaliação do paciente e planejamento de metas	4,2±3,5	4,3±3,7	2,9±2,5	6,8±2,4	0,004
	Diretrizes para a atenção às doenças crônicas	2,1±1,7	4,8±4,0	4,4±3,6	5,1±3,5	0,12

(*) Valor estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Teste *Anova one way*, e pós-teste de *Tukey*.

Discussão

Os dados demonstram que os centros de saúde avaliados na cidade de Manaus (AM) possuem capacidade institucional básica de assistência e manejo aos pacientes idosos com HAS. As dimensões que demonstraram maior fragilidade foram: sistema de informação clínica (escore $3,9 \pm 2,7$ pontos); recursos da comunidade ($4,0 \pm 2,9$ pontos); integração dos componentes do modelo de atenção ($4,1 \pm 2,7$ pontos); e suporte às decisões ($4,4 \pm 2,9$ pontos). As dimensões que alcançaram melhores pontuações foram: autocuidado apoiado ($6,1 \pm 2,7$ pontos); organização da atenção à saúde ($5,5 \pm 2,1$ pontos); e desenho do sistema de prestação de serviço ($5,1 \pm 2,6$ pontos).

O sistema de informação clínica foi identificado como a principal fragilidade, corroborando os resultados de uma pesquisa realizada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS), com cinco equipes de atenção primária, totalizando 30 profissionais.¹⁸ Um dos fatores que pode contribuir para este achado é o fato de que nenhuma das instituições avaliadas no presente estudo possui um sistema de informação que contemple um prontuário eletrônico, o que pode retardar a capacidade de monitoramento do usuário e, conseqüentemente, diminuir a capacidade do cuidado. Uma investigação realizada no estado de Minas Gerais, em 2019, destaca que o prontuário eletrônico melhorou o funcionamento da instituição de saúde, aumentando a qualidade e fortalecendo o processo de assistência, além de proporcionar agilidade e segurança aos atendimentos.¹⁹

A dimensão recursos da comunidade obteve um dos menores escores. O quesito avalia a capacidade de articulação do serviço com as associações de bairros, igrejas, escolas e organizações não governamentais, assim como a incorporação de planos de saúde regionais e/ou locais.¹⁶ Os dados demonstram que há dificuldade na captação de

parcerias por outros meios que não sejam provenientes de repasses governamentais. Investigações prévias apontam que parcerias insuficientes com a comunidade não oportunizam o suporte necessário aos usuários.^{16,20-21} Apesar disso, essas parcerias são práticas raras de serem observadas, o que leva algumas pesquisas que utilizam o ACIC a não detalharem maiores informações sobre essa dimensão.²²

A respeito da integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas, verificou-se que este é fragmentado, corroborando com outros estudos.^{15,18,21,23} E, apesar da presença de uma equipe multiprofissional, ainda não se alcançou o nível da interdisciplinaridade. Uma das possíveis explicações são as altas demandas de usuários para poucos profissionais alocados em cada uma das Unidades de Saúde. Pesquisa enfatiza que as demandas elevadas se caracterizam como problema, uma vez que levam os profissionais a postergarem a adoção de inovações e a adesão a pequenas mudanças.²¹

O suporte às decisões mostrou-se em processo de aperfeiçoamento, pois ainda não estava amplamente ancorado em diretrizes baseadas em evidências, segundo os dados da pesquisa. Os achados dessa dimensão divergem dos que foram encontrados na região do Distrito Federal, no qual se abordou 21 profissionais na avaliação e se adotou a Diabetes Mellitus e a HAS como condições norteadoras. No referido estudo, o suporte às decisões apresentou uma média de $7,8 \pm 2,4$, sendo classificado com razoável capacidade para atenção às condições crônicas nessa dimensão.²⁴ Evidenciou-se que as instituições se encontravam em permanente busca de melhorias, salientando a iniciativa do planejamento para adaptações das políticas de saúde. Apesar de constante atualização de diretrizes clínicas pelas sociedades brasileiras de cada especialidade, esses guias ainda não possuem integral aplicação nos serviços de Saúde.

A dimensão autocuidado apoiado foi identificada como o maior potencial nesta investigação, divergindo do achado de uma pesquisa realizada com profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), em Campo Grande, MS, na qual se identificou o desenho do sistema de prestação de serviços de saúde como sendo o maior potencial.¹⁸ Esse campo refere-se à avaliação das necessidades de autocuidado estabelecidas pelo serviço, bem como o apoio à mudança de comportamento e suporte aos familiares. Algumas estratégias observadas no processo de coleta de dados evidenciam a busca institucional em incentivar o autocuidado pelos usuários, pois se

constatou a presença de grupos de terapia psicológica, terapias em grupos, palestras sobre o autocuidado, visando a mudanças de comportamento e a busca pelo envelhecimento ativo, bem como aulas de *Tai Chi Chuan* e outras práticas de atividade física. Maior conhecimento do usuário em relação às condições crônicas, maior acolhimento de suas preocupações e de seus familiares, e implementação de intervenções efetivas, contribuem para uma mudança de comportamento dos indivíduos em relação à sua condição de saúde.^{16,18,23}

Quanto à organização da atenção à saúde, o escore parcial demonstra que a cidade de Manaus, AM, apresentou capacidade básica de estruturação de políticas e gestão de programas destinados as pessoas com HAS. Um levantamento semelhante realizado entre os profissionais de saúde da ESF de Campo Grande, MS, destacou a importância dessa dimensão na oferta dos serviços, tendo em vista que afeta diretamente a interdisciplinaridade dos profissionais de saúde.¹⁸ Uma avaliação realizada no norte de Portugal com médicos e enfermeiros em que a doença analisada era a Diabetes Mellitus, concluiu que o recebimento de incentivos no cumprimento de metas relacionadas à diminuição do agravamento das DCNTs refletiu uma postura positiva nos profissionais de saúde,²⁰ demonstrando um movimento estratégico pela gestão em gerar mudanças de comportamento e prática assistencial.

O componente desenho da linha de cuidado contempla a definição de que a gestão efetiva das DCNTs envolve mais do que acrescentar várias intervenções em um sistema ainda alicerçado em atendimentos de causas agudas ou emergências, e reconhece a necessidade de reestruturação pautada nas necessidades dos usuários: predominantemente doentes crônicos.¹⁶ Os resultados do estudo demonstram que existe o replanejamento de algumas ações, mas elas ainda são centralizadas em algumas funções e profissionais específicos.

Algumas pesquisas realizadas em Unidades Básicas de Saúde e na ESF apresentaram resultados divergentes se comparadas a este estudo, uma vez que evidenciaram capacidade razoável de atenção às condições crônicas.^{18,23} Em contrapartida, estudos análogos concluíram que os Serviços de Saúde avaliados tinham capacidade básica para atenção às condições crônicas por razões de fragilidades em dimensões, tais como: recursos da comunidade, suporte às decisões, sistema de

informação clínica e integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas,^{18,21} em sinergia com os dados apresentados nesta investigação.

Como limitações, ressalta-se a falta de tempo dos profissionais durante a sua jornada de trabalho para participação no processo de coleta de dados, o que pode ter contribuído para que não houvesse a confirmação de todos os profissionais pertencentes às instituições. Além disso, contribuiu a escolha de apenas uma doença, o que limitou a avaliação das instituições de forma mais integral.

A contribuição fica por conta da identificação das fragilidades e potencialidades no cuidado ofertado ao paciente doente crônico, o que permitiu a reflexão e o estabelecimento de estratégias de enfrentamento para melhoria da integralidade da assistência, redução de danos ocasionados pela presença de doenças, uso racional dos recursos financeiros e materiais humanos, e maior satisfação ao usuário do Sistema Único de Saúde. A pesquisa trouxe implicações que permitem compreender as dimensões que necessitam de melhorias e, com isso, lhes direcionar maior parcela dos esforços. Àquelas que se apresentam como potencialidades, ressalta-se a possibilidade de aperfeiçoar as ações já implementadas, com o objetivo de melhorar e alcançar resultados significativos em cada uma delas.

Conclusão

Os resultados do estudo apontam que as instituições de saúde destinadas ao público idoso na cidade de Manaus, AM, apresentaram capacidade básica de cuidado em saúde, de acordo com a classificação do ACIC. Conforme a percepção dos profissionais de saúde que atuavam nessas instituições, as dimensões que apresentaram maiores potencialidades foram: autocuidado apoiado, organização da atenção à saúde, e desenho do sistema de prestação de serviços. Em contrapartida, as dimensões com maiores fragilidades foram: sistema de informação clínica, recursos da comunidade, integração dos componentes do modelo de atenção e suporte às decisões.

Os dados obtidos oportunizam o fortalecimento da assistência, melhorando a eficácia e a eficiência nos cuidados a longo prazo dessa população, de modo que as instituições de saúde possam planejar de forma efetiva os recursos disponíveis em seus

estabelecimentos a partir do conhecimento das fragilidades e potencialidades do local. Uma forma de dar celeridade a esse processo seria o fornecimento de *feedbacks* aos estabelecimentos por meio de novas pesquisas, a fim de atestar as mudanças ocorridas no local após a adoção de novas medidas que visem à melhoria da assistência, além do desenvolvimento de outros estudos nas perspectivas dos usuários dos serviços.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Pan American Health Organization (PAHO). Hypertension [Internet]. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2018 [cited 2022 Jan 22]. Available from: <https://www.paho.org/en/topics/hypertension>
2. Campos ACV, Gonçalves LHT. Aging demographic profile in municipalities in the state of Pará, Brazil. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 1):5918. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0070
3. Brandão BMLS, Silva AMB, Souto RQ, Alves FAP, Araújo GKN, Jardim VCFS, et al. Cognition and quality of life relationship among the elderly community: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 3). doi: 10.1590/0034-7167-2019-0030
4. Martins TCF, Silva JHCM, Máximo GC, Guimarães RM. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(1):4483-96. doi: 10.1590/1413-812320212610.10852021
5. Mendes EV. Interview: the chronic conditions approach by the Unified Health System. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(2):431-6.
6. Francisco PMSB, Rodrigues PS, Costa KS, Tavares NUL, Tierling VL, Barros MB de A, et al. Prevalência de diabetes em adultos e idosos, uso de medicamentos e fontes de obtenção: uma análise comparativa de 2012 e 2016. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22. doi: 10.1590/1980-549720190061
7. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet.* 2021 Sept;398(10304):957-80. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01330-1
8. Malta DC, Gonçalves RPF, Machado IE, Freitas MIF, Azeredo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(Suppl 1):e180021. doi: 10.1590/1980-549720180021.supl.1
9. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(6). doi: 10.1590/0102-311X00035316
10. Julião NA, Souza A, Guimarães RRM. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26:4007-19. doi: 10.1590/1413-81232021269.08092021
11. Freitas MAS, Araújo MRN. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. *Rev Bras Políticas Públicas.* 2018 Dez;8(3):14-33. doi: 10.5102/rbpp.v8i3.5739
12. Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o

- imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso em 2022 jan 22]. 512 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
13. Rodrigues CFM, Cardoso CS, Baldoni NR, D'Alessandro TAL, Quintino ND, Noronha KVMS, et al. Capacidade institucional dos serviços de saúde antes, durante e após a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(1):e5802
14. Baptista DR. Modelo de cuidado crônico e diabetes mellitus: qualidade do atendimento, controle glicêmico, qualidade de vida e seus determinantes [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017 [acesso em 2022 jan 22]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1884/48866>
15. Oliveira CM, Marques JPC, Machado WD, Gomes DM, Freitas CASL, Silva MAM, et al. Cuidado a famílias com pessoas em condições crônicas na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Ciênc Cuid Saúde*. 2021;20:e54403.
16. Antonio Filho DS, Moysés SJ, Moysés ST; Organização Pan-Americana da Saúde. A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde [Internet]. NavegadorSUS - Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2013 [acesso em 2022 jan 22]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34286>
17. Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1971-9. doi: 10.1590/1413-81232018236.06682018
18. Costa KC, Cazola LHO, Tamaki EM. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. *Saúde Debate*. 2016;40(108):106-17. doi:10.1590/0103-1104-20161080009
19. Gomes PAR, Farah BF, Rocha RS, Friedrich DBC, Dutra HS. Prontuário Eletrônico do Cidadão: instrumento para o cuidado de Enfermagem. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2019;1226-35. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1226-1235
20. Leal FDF. Diabetes Mellitus: gestão de uma doença crônica num agrupamento de Centros de Saúde da Região Norte. Bragança (Portugal): Instituto Politécnico Bragança [Internet]. 2014 [acesso em 2020 ago 01]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1231>
21. Machado SCM. Educação em Diabetes Mellitus: uma parceria entre o clínico e o especialista [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2018 [acesso em 2022 jan 22]. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/21738>
22. Strickland PAO, Hudson SV, Piasecki A, Hahn K, Cohen D, Orzano AJ, et al. Features of the Chronic Care Model (CCM) associated with behavioral counseling and diabetes care in community primary care. *J Am Board Fam Med*. 2010 May-Jun;23(3):295-305. doi: 10.3122/jabfm.2010.03.090141
23. Ribeiro MA. Avaliação da atenção às condições crônicas na estratégia saúde da família de Sobral-CE: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como marcadores [dissertação]. Sobral (CE): Universidade Federal do Ceará; 2018 [acesso em 2022 jan 22]. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/30527>
24. Veríssimo VL. Atenção às condições crônicas: avaliação da capacidade institucional do Centro de Atenção ao Diabético e Hipertenso na região de saúde leste do Distrito Federal [Internet]. Brasília (DF): Escola de Governo Fiocruz Brasília; 2020 [acesso em 2022 jan 22]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49840>

Fomento / Agradecimento: Agradecemos à Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SUSAM), gestores dos Centros de Atenção à Melhor Idade (CAIMI) e ao Reitor da Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI/Manaus) pelas anuências para realização do estudo. Agradecimentos às instituições apoiadoras do trabalho: Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCIMH) da Universidade Federal do Amazonas e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Contribuições de Autoria

1 – Johrdy Amilton da Costa Braga

Fisioterapeuta. Mestrando em Ciências do Movimento Humano - Email: johrdybraga@gmail.com
Redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

2 – Mérida Zilanda Barbosa Bordoni

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazonia. - Email: zilandamerida@gmail.com
Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito.

3 – Elorides de Brito

Enfermeira. Especialista em Gerontologia - Email: eloridesbrito@gmail.com
Concepção; revisão e aprovação da versão final.

4 – Maíra Mendes dos Santos

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva - Email: maimendes@yahoo.com
Concepção; revisão e aprovação da versão final.

5 – Iarema Fabieli Oliveira de Barros

Fisioterapeuta. Doutora em Enfermagem - Email: iaremafabi@hotmail.com
Concepção; revisão e aprovação da versão final.

6 – Elisa Brosina de Leon

Autor Correspondente
Fisioterapeuta. Doutora em Biotecnologia - Email: elisadleon@ufam.edu.br
Concepção, desenvolvimento da pesquisa, redação do manuscrito; revisão e aprovação da versão final.

Editora Científica: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Editora Associada: Etiane de Oliveira Freitas

Como citar este artigo

Braga JAC, Bordoni MZB, Brito E, Santos MM, Barros IFO, Leon EB. Institutional strengths and weaknesses in the care of older adults with hypertension. Rev. Enferm. UFSM. 2022 [Accessed in: Year Month Day]; vol.12 e30: 1-17. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769267615>