

# *Adaptação transcultural e validação do Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*

*Modelo de gestão de cuidados à pessoa com doença crónica – Informação para a gestão da doença crónica*

## *Cross-cultural adaptation and validation of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*

*Chronic Care Model - Information for chronic disease management*

Filipe Leal

USF Terra da Nóbrega  
Unidade Local de Saúde do Alto Minho  
Viana do Castelo, Portugal  
lealfil@gmail.com

Carmina Morais<sup>1</sup> e Rui Pimenta<sup>2</sup>

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra<sup>1,2</sup>  
ESS – IPVC<sup>1</sup>, ESTSP – IPP<sup>2</sup>  
Coimbra, Portugal  
<sup>1</sup>carmindamorais@ess.ipvc.pt, <sup>2</sup>rep@estsp.ipp.pt

**Resumo** — Durante a última década, muitos países tem vindo a reorientar os seus sistemas de saúde no sentido a incluir, progressivamente, a gestão integrada das doenças crónicas, onde a Diabetes Mellitus (DM) também está inserida. O modelo de gestão de cuidados aos doentes crónicos (MGCDC) tem, frequentemente, constituído o referencial teórico de suporte à ação nesse sentido, sendo o *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)* o instrumento mais usado na mensuração do seu nível de concretização.

Assim, o presente estudo pretendeu contribuir para melhoria dos sistemas de informação de apoio e a decisão clínica na gestão da Diabetes enquanto Doença Crónica. Visou-se ainda proceder à tradução e validação do ACIC 3.5 e avaliar a que nível o MGCDC é aplicado. O ACIC foi aplicado a 175 médicos e enfermeiros dos CSP pertencentes a um agrupamento de centros de saúde. Definiu-se o nível de significância de 5%.

Em termos de resultados, constata-se que o ACIC versão 3.5 obteve um alfa de Cronbach de 0,958, indicando uma elevada fiabilidade e um coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin de 0.918, demonstrando que os nossos dados apresentam uma excelente adequabilidade à análise fatorial. O agrupamento de centros de saúde estudado garante apenas um apoio básico às pessoas com DM. Em termos de resultados da aplicabilidade do modelo de cuidados crónicos usados na prestação de cuidados à pessoa diabética e família, deixam antever um longo percurso a fazer, neste domínio.

**Palavras Chave** - *doença crónica; modelo de gestão de cuidados aos doentes crónicos; ACIC; adaptação transcultural; validação.*

**Abstract** — During the last decade, many countries have been reorient their health systems in order to progressively include integrated management of chronic disease, where diabetes mellitus (DM) is also included. The Chronic Care Model (CCM) has often been the theoretical framework supporting the action accordingly and the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)

the most used instrument in measuring their level of implementation.

Thus, the present study aims to contribute to improving information systems and clinical decision support in the management of diabetes as a Chronic Disease. Also aimed to make the translation and validation of the ACIC 3.5 and assess what level CCM is applied. The ACIC was applied to 175 doctors and nurses in primary care, belonging to a group of health centers. We defined the level of significance of 5%.

In terms of results, it is observed that the ACIC Version 3.5 achieved a Cronbach's alpha of 0.958, indicating a high reliability and a coefficient of Kaiser-Meyer-Olkin of 0.918, demonstrating that our data show excellent suitability for factor analysis. The group of health centers studied only guarantees a basic support to people with diabetes. In terms of applicability of the results of the CCM used in the care provision of the diabetic person and the family, let predict a long journey to make in this area.

**Keywords** - *chronic illness; chronic care model; ACIC; cultural adaptation; validation.*

### I. INTRODUÇÃO

Na atualidade viver com doenças crónicas significa ter implicações a longo prazo em todas as áreas da vida do ser humano, podendo, ter um efeito particularmente profundo na vida pessoal, social e profissional, nas suas famílias ou outros cuidadores. A gestão eficaz destas doenças é uma questão fundamental para um futuro sustentável, tanto dos serviços de saúde como dos sociais. Sendo a Diabetes Mellitus (DM), as doenças cardiovasculares, respiratórias e oncológicas, os quatro principais grupos. São de longe a principal causa de morte mundial, representando 63% da mortalidade anual [1]. Em Portugal, a prevalência da DM, em idades compreendidas entre os 20 e 79 anos foi de 12,9% da população [2].

No que diz respeito a custos, no ano de 2012, foi responsável por 1% a 1,2% do produto interno bruto (PIB) nacional [2].

Durante a última década, muitos países iniciaram a adaptação do seu sistema de saúde num sistema de cuidados direcionados para as doenças crónicas. Frequentemente, o MGDCDC tem sido utilizado como um quadro conceptual para projetar as intervenções [3].

O Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) versão 3.5 desenvolvido por The MacColl Center for Health Care Innovation derivou de intervenções baseadas em evidências específicas para as seis categorias do MGDCDC. Este instrumento aborda os elementos básicos para a melhoria dos cuidados ao doente crónico ao nível da comunidade, organização da instituição de saúde e da prática clínica. O ACIC não foi validado para a população portuguesa, encontrando-se aqui uma oportunidade de dar um contributo para a gestão da doença crónica, neste país[4].

#### A. Gestão da doença crónica

Todas as doenças crónicas têm em comum a necessidade a longo prazo de uma resposta complexa, coordenada por diferentes profissionais de saúde, com acesso a medicamentos e equipamentos necessários. No entanto, os cuidados na atualidade, ainda estão demasiado estruturados em torno dos episódios agudos[5].

A gestão da doença crónica (GDC) é definida como uma abordagem aos cuidados de saúde que enfatiza a independência das pessoas em manter-se mais saudável através da prevenção, deteção precoce e tratamento das patologias em causa [6]. A GDC surge como uma medida que oferece uma abordagem holística às pessoas com doenças crónicas.

O MacColl Center for Health Care Innovation e o Group Health Research Institute desenvolveu o modelo de gestão de cuidados aos doentes crónicos (MGDCDC), em meados da década de 1990. O modelo foi aperfeiçoado em 1997, com o apoio da Fundação Robert Wood Johnson, e revisto com base por um grande painel de peritos internacionais. Em seguida, foi utilizado para recolher dados e analisar programas inovadores recomendadas pelos especialistas [4]. Em 1998, o Centro MacColl testou o modelo nacional em vários serviços de saúde. Em 2003, um grupo de especialistas atualizou o MGDCDC com vista a refletir os avanços na área de cuidados crónicos (ibidem).

O modelo assenta em seis componentes correlacionados. Destes componentes, dois, referem-se principalmente ao contexto onde o atendimento ao doente é prestado, a saber: 1. Organização do sistema de saúde que está disponível para os cuidados ao doente com doença crónica e 2. Ligações a recursos da comunidade e políticas (por exemplo, programas comunitários de atividade física). Os restantes quatro componentes referem-se à prestação de cuidados: 3. Apoio à autogestão, que ajuda os doentes e as suas famílias a adquirir habilidades e confiança para gerir a condição crónica (ex. monitorização da glicémia capilar) e avaliação de problemas e conquistas numa base regular; 4. Estrutura do sistema prestador de cuidados, focado na colaboração multidisciplinar coordenada entre cuidadores (ou seja, equipa multidisciplinar, gestão de processos, planos de saúde individuais); 5. Apoio à decisão, guidelines baseadas em evidências fornecendo padrões clínicos para prestação de cuidados crónicos de alta qualidade;

6. Desenvolvimento de sistemas de informação clínica, que garantem a emissão de alertas (“lembretes”) sobre os cuidados necessários, de acordo com as guidelines, e simultaneamente proporcionam informação necessária para o planeamento individual e populacional[7][3].

#### B. *Assesment of Chronic Illness Care (ACIC)3.5*

Conforme o modelo de cuidados crónicos, o Assessment of Chronic Illness Care (ACIC), aborda os elementos básicos para a melhoria dos cuidados ao doente crónico ao nível da comunidade, organização, prática clínica e do próprio doente [4]. Na Holanda, concluíram que é um instrumento válido e capaz de avaliar os cuidados prestados ao doente crónico [8]. Também na Bélgica este questionário mostrou-se valioso para avaliar os cuidados ao diabético [9].

O conteúdo do ACIC derivou de intervenções baseadas em evidências específicas para as seis categorias do modelo de cuidados crónicos (organização do sistema de prestação de cuidados de saúde, ligações comunitárias, apoio à autogestão, suporte à decisão, estrutura do sistema de prestação e sistema de informação clínica). Cada uma destas categorias integra uma série de componentes (itens), que constituem as variáveis diretamente mensuráveis. A versão original do questionário apresenta 28 itens que abrangem as 6 áreas de conteúdo do modelo de cuidados crónicos: Organização do sistema de prestação de cuidados de Saúde (6 itens); Ligações comunitárias (3itens); Apoio à autogestão (4 itens); Suporte à decisão (4 itens); Estrutura do sistema de prestação (6 itens); e Sistemas de informação clínica (5 itens) [7].

Além destes 28 itens, existem no questionário mais seis itens referentes à categoria “Integração dos componentes do modelo de gestão da doença crónica”, porque os sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, como por exemplo, associando os objetivos de autogestão com os sistemas/registos de informação.

As respostas para cada item distribuem-se em 4 níveis descritivos de implementação do modelo variando desde o “pouco ou nada” até à “intervenção totalmente implementada”, registando pelas letras D, C, B e A. Dentro de cada nível, pedido ao inquirido que escolham uma das três avaliações do nível ao qual a descrição se aplica. Os resultados posicionam-se numa escala de 0 – 11: no nível D (0-1-2), nível C (3-4-5), nível B (6-7-8) e nível A (9-10-11). A operacionalização das variáveis baseia-se numa escala ordinal com um score de 0 a 11, representando o “0” o nível mais baixo ou de quase ausência de cuidados e o “11” o nível mais elevado, de excelência dos cuidados crónicos. Assim, os scores totais representam o nível da função organizacional para os cuidados crónicos relacionados com a patologia selecionada. Existindo a também possibilidade de avaliar cada categoria de forma independente, porque o score total não é mais que a média dos scores de cada categoria.

## II. METODOLOGIA

As pesquisas sugerem que as condições complexas, como a DM irão impor uma carga global de doença ainda maior no futuro [5]. Após consulta e pesquisa intensiva constatou-se que não existia nenhum instrumento validado para Portugal, capaz

de avaliar os cuidados prestados aos doentes crónicos, na sua globalidade.

Sendo o ACIC, um instrumento com francas potencialidades na mensuração do nível dos cuidados prestados ao doente crónico, segundo [7], optou-se por realizar a sua validação e adaptação transcultural.

Assim, com o presente estudo visa-se proceder à tradução e validação da versão portuguesa do ACIC 3.5. A população alvo deste estudo são os médicos e enfermeiros, dos CSP, da região norte de Portugal, sendo que a população a amostrar é um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). Como critérios de inclusão considera-se: ser enfermeiro ou médico e prestar cuidados à pessoa com DM no âmbito dos CSP e mostrar disponibilidade para participar no estudo.

Não prestar cuidados à pessoa com DM no âmbito dos CSP ou a prestação menor que um ano, consideram-se os critérios de exclusão do estudo.

#### A. Adaptação transcultural

O termo de adaptação transcultural é usado para descrever um processo que envolve a tradução (ambas as línguas) e questões de adaptação cultural no processo de preparação de um questionário para ser usado noutra configuração. Este processo de adaptação tenta produzir equivalência entre o instrumento original e o pretendido, com base no seu conteúdo, com a suposição de que é assegurado a retenção das propriedades psicométricas como a validade e fiabilidade num item ou nível da escala [10].

O processo recomendado pelos autores originais do ACIC, pela OMS e na maioria dos estudos referentes à adaptação transcultural incluem seis fases: tradução, síntese de tradução, retrotradução, revisão por um painel de peritos, pré teste e submissão para apreciação [11]. Seguindo esta metodologia, iniciou-se a produção de duas versões em português, geradas independentemente por tradutores bilingues cuja língua materna é o português. Deste modo, foi possível comparar as traduções e verificar a inexistência de termos ambíguos, sendo produzida uma única versão de consenso.

De seguida, esta versão foi submetida a uma retrotradução. Este é um processo de verificação da validade, e aumento de qualidade, para assegurar que a versão traduzida reflete os mesmos itens que a versão original [12]. A retrotradução foi produzida por duas pessoas cuja língua materna é a língua da versão original. Foi revista por dois especialistas clínicos que compararam, para cada item do questionário, as versões original em inglês e a obtida em português. Esta versão pré final foi utilizada em trinta indivíduos [10], com intuito de detetar problemas de ambiguidade ou de dificuldade de compreensão por parte dos destinatários do questionário, ficando assim testado a validade de conteúdo (fácil), por não ter sido detetado problemas na tradução. Ao finalizar esta etapa, conclui-se a tradução e adaptação transcultural do ACIC, o qual, irá ser aplicado à população em estudo.

#### B. Validação

A fiabilidade pode ser avaliada através da consistência interna, usando o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, que permite estimar até que ponto cada item da escala mede o mesmo conceito de forma equivalente, realizando a avaliação das correlações entre os itens após a utilização do instrumento: Este coeficiente é útil para averiguar a fiabilidade de uma medida, e

por isso permite o estudo da precisão de um instrumento, de um modo geral, um instrumento é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o  $\alpha$  de Cronbach é pelo menos 0.70, adquirindo uma fiabilidade moderada a elevada entre os 0.8 – 0.9 e uma fiabilidade elevada acima de 0.9 [13].

A validade do constructo permite demonstrar uma interpretação proposta para os valores do instrumento de medição baseada em implicações teóricas associadas às construções, isto é, que o modelo teórico corresponde verdadeiramente às observações. A análise fatorial é a técnica mais usada para a avaliação do número de dimensões que estão subjacentes a um conjunto de variáveis [14].

O método mais utilizado para avaliar a qualidade dos dados, para a submissão a análise fatorial, é a medida de adequação da amostragem de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), que compara as correlações simples com as correlações parciais entre as variáveis. Os valores de KMO, acima de 0.8, consideram-se bons para a análise fatorial, e acima de 0.9 excelentes [15].

A solução fatorial encontrada nem sempre é interpretável porque os pesos fatoriais das variáveis nos fatores comuns podem ser elevados e não possibilitar um significado viável aos fatores extraídos. Procedeu-se à rotação dos eixos fatoriais não alterando a estrutura dos dados [15]. Optou-se por uma rotação pelo método varimax, visto que, o objetivo é obter uma estrutura fatorial na qual uma das variáveis originais esteja fortemente associada a um único fator e logo pouco associada aos restantes (ibidem)

Foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS versão 20.0). A decisão dos testes estatísticos a utilizar no tratamento e análise de dados, ajustaram-se em função da uma convenção frequentemente usada, que utiliza o coeficiente da divisão entre o valor de assimetria (Skewness) pelo desvio padrão de assimetria e o coeficiente da divisão do valor de curtose (Kurtosis) pelo desvio padrão de curtose [16]. Estes coeficientes são utilizados para comparar a forma da distribuição em estudo com uma distribuição normal, pode então assumir-se que a distribuição dos dados é do tipo normal desde que os valores dos coeficientes descritos se situem entre ]-3;3[ (ibidem).

### III. RESULTADOS

Foram entregues 300 questionários e recolhidos 175 questionários considerados válidos, o que corresponde a 58.3% da totalidade de instrumentos entregues e a erro amostral de 4,78%. No intuito de um melhor entendimento, abordaremos dois pontos distintos. O primeiro diz respeito à fiabilidade e validade do ACIC, e o segundo, aos resultados da informação recolhida através deste instrumento.

#### A. Fiabilidade e validade do ACIC

O valor obtido do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para este instrumento foi de 0.958, o que nos permite classifica-la como elevada [13].

Tendo como base a correlação com o total da escala e o valor do coeficiente alfa se apagado esse item, verificou-se a inexistência de itens problemáticos, com exceção para os itens 22 e 23 com uma correlação respetiva de 0.329 e 0.378. No entanto, se estes itens fossem eliminados, o  $\alpha$  Cronbach, que

obteve um valor de 0.958, não seria aumentado. Por este facto, optou-se pela manutenção de ambos, tendo em conta também, os respetivos coeficientes de variação, que nestes casos são baixos (0.23 e 0.38) relativamente aos restantes, e para não alterar o constructo teórico de partida. Permitindo afirmar que o instrumento é fiável e tem uma elevada consistência interna para avaliar a implementação dos parâmetros do modelo de doença crónica.

Procedeu-se à análise fatorial dos 28 componentes do ACIC, optando-se por não englobar os 6 itens referentes à integração dos componentes do modelo de gestão da doença crónica, já que estes se referem à interseção de componentes existentes nas outras categorias, na esteira de outros autores [17], que não consideraram a última categoria para a análise fatorial.

Para avaliar a adequabilidade dos dados, relativamente à aplicação da técnica de análise fatorial, recorreu-se à medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin [KMO=0.918, excelente, [15] ] e ao teste de esfericidade de Bartlett ( $X^2= 3344.126$ ;  $p<0.001$ ), valores que nos permitiram levar a cabo a análise fatorial .

No sentido de melhor interpretar a solução fatorial procedeu-se à rotação varimax. Verificou-se que os fatores se agrupam de forma ligeiramente diferente do proposto por *The MacColl Center for Health Care Innovation* [4], criando igualmente seis dimensões distintas mas com alguns itens em categorias diferentes. No entanto a estruturação da demonstração dos resultados irá conter os itens nas categorias originais do instrumento, pois existem respostas relevantes do ponto de vista exploratório e facilita a comparação dos resultados, com estudos que utilizaram o mesmo instrumento.

## B. Níveis de consecução do ACIC

Através do ACIC conseguimos obter informações relativas aos vários itens que compõem o MGDC no ACES. Na tabela I, estão apresentados de resultados do ACIC no ACES. Pela análise dos coeficientes de assimetria e curtose, e também pela análise gráfica verificou-se a distribuição normal dos resultados [16].

TABELA I. RESULTADOS DO ACIC

Categorias	Itens	M Item	dp	M Cat.	dp
<b>Organização do sistema de prestação de cuidados de saúde</b>	Liderança organizacional na globalidade dos cuidados à doença crónica	5,34	2,67	5.92	2.13
	Objetivos da organização para os cuidados à doença crónica	6,29	2,68		
	Estratégias para a melhoria dos cuidados à doença crónica	6,23	2,61		
	Incentivos e regulamentos para os cuidados à doença crónica	5,33	2,68		
	Líderes de topo	6,23	2,27		
	Benefícios	6,07	2,42		
<b>Ligações comunitárias</b>	Ligação dos doentes com recursos externos	4,24	2,55	4.44	2.17
	Parcerias com as organizações comunitárias	3,6	2,80		
	Planos regionais de saúde	5,47	2,59		
<b>Apoio à autogestão</b>	Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autogestão	5,38	2,52	5.54	2.17
	Apoio à autogestão	5,14	2,89		
	Resposta às preocupações dos utentes e familiares	5,13	2,40		
	Intervenção efetivas para mudança de comportamentos eficazes e apoio dos pares	6,51	2,77		
<b>Suporte à decisão</b>	Evidência baseada em guidelines	5,84	2,75	3.98	1.99
	Envolvimento de especialistas na melhoria dos CSP	2,94	2,12		
	Formação específica dos profissionais de saúde na área da doença crónica	3,34	2,64		
	Informação aos doentes sobre as guidelines	3,81	2,41		
	Funcionamento da equipa clínica	4,31	2,64		
<b>Estrutura do sistema de prestação</b>	Liderança das equipas clínicas	4,33	2,78	6.09	1.79
	Sistema de marcação de consultas	6,17	2,45		
	Acompanhamento (followup)	6,69	2,67		
	Consultas programadas para doentes crónicos	8,89	2,06		
	Continuidade/articulação dos cuidados	6,18	2,36		
	Registo (lista de doentes com condições específicas)	5,25	2,32		
<b>Sistema de informação clínica</b>	Alerta aos profissionais	4,86	2,24	5.07	1.99
	Feedback	5,34	2,36		
	Informação sobre subgrupos relevantes de doentes com necessidades específicas	4,59	2,7		
<b>Integração dos componentes do Modelo de Gestão da Doença Crónica</b>	Planos terapêuticos	5,33	2,54	4.25	1.89
	Informar os doentes sobre as guidelines	4,65	2,86		
	Sistemas de registos/informação	4,99	2,73		
	Programas comunitários	2,28	2,32		
	Plano organizacional para o cuidado às doenças crónicas	4,15	2,34		
	Monitorização de consultas, avaliação do doente e planeamento de objetivos	5,27	2,14		
	Guidelines para os cuidados às doenças crónicas	4,19	2,55		
	<b>Total</b>		5.13		

Nota. n=175, M – Média, dp – desvio padrão

Em relação à “organização do sistema de prestação de cuidados” verifica-se que o item com pontuação mais elevada é o dos “objetivos da organização para os cuidados à doença crónica” com um valor médio  $\pm$  desvio padrão ( $\bar{x} \pm dp$ ) de  $6.29 \pm 2.68$ , sendo que os itens, “estratégias para a melhoria dos cuidados à doença crónica” e “líderes de topo”, têm uma média idêntica de 6.23, com desvios padrão de 2.61 e 2.27, respetivamente. O item desta categoria que apresentou uma média mais baixa diz respeito aos “incentivos e regulamentos para os cuidados à doença crónica” com um  $\bar{x} \pm dp$  de  $5.33 \pm 2.68$ .

Esta categoria apresenta um  $\bar{x} \pm dp$  de  $5.92 \pm 2.13$ , situando-se no nível B.

As “ligações comunitárias” apresentam um  $\bar{x} \pm dp$  de  $4.44 \pm 2.17$ , onde o item com maior score refere-se aos “planos regionais de saúde” com  $\bar{x} \pm dp$  de  $5.47 \pm 2.59$ , seguida das “ligações dos doentes com recursos externos” e com a média mais baixa está o item que diz respeito às “parcerias com organizações comunitárias”, com  $\bar{x} \pm dp$  de  $3.6 \pm 2.80$ , a que corresponde o nível C.

No “apoio à autogestão”, o item com média mais elevada reflete as “intervenções efetivas para mudança de comportamentos eficazes e apoio dos pares”, com um  $\bar{x} \pm dp$  de  $6.51 \pm 2.77$ , os outros três itens, com uma pontuação mais baixa mas muito próximos, onde o item “resposta às preocupações dos utentes e familiares” apresenta um  $\bar{x} \pm dp$  de  $5.13 \pm 2.40$ . Esta categoria apresenta um  $\bar{x} \pm dp$  de  $5.54 \pm 2.17$ , encontrando-se no nível B.

Em relação ao “suporte à decisão”, o item com maior score é a “evidência baseada em guidelines”, com um  $\bar{x} \pm dp$  de  $5.84 \pm 2.75$ , e, o item com score mais baixo, refere-se ao “envolvimento de especialistas na melhoria dos CSP” com um  $\bar{x} \pm dp$  de  $2.94 \pm 2.12$ . Adquirindo esta categoria, a pontuação mais baixa com um  $\bar{x} \pm dp$  de  $3.98 \pm 1.99$ , correspondendo ao nível C.

A categoria referente à “estrutura do sistema de prestação”, foi a que obteve um score mais elevado, com um  $\bar{x} \pm dp$  de  $6.09 \pm 1.79$ , situando-se no nível B. Como se pode visualizar na figura 12, o item com pontuação mais elevada diz respeito às “consultas programadas para doentes crónicos” com um  $\bar{x} \pm dp$  de  $8.89 \pm 2.06$ , e o item com score médio mais baixo o “funcionamento da equipa clínica” com um  $\bar{x} \pm dp$  de  $4.31 \pm 2.64$ . Sendo que o “acompanhamento (follow-up)”, “sistema de marcação de consultas” e “continuidade/articulação dos cuidados” obtiveram scores acima dos 6, a “liderança das equipas clínicas” obteve um  $\bar{x} \pm dp$  de  $4.33 \pm 2.78$ .

Os sistemas de informação clínica com um  $\bar{x} \pm dp$  de  $5.07 \pm 1.99$ , situam-se no nível C, apresentando como item mais elevado o “feedback” com um  $\bar{x} \pm dp$  de  $5.34 \pm 2.36$ , e, com o  $\bar{x} \pm dp$  mais baixo, a  $4.86 \pm 2.24$ , os “alertas aos profissionais”. Não havendo grande variação entre as restantes componentes.

Ao questionar sobre a integração dos componentes do modelo de gestão da doença crónica, o item com score médio mais elevado é a “monitorização de consultas, avaliação do doente e planeamento de objetivos” com um  $\bar{x} \pm dp$  de  $5.27 \pm 2.14$ . O item que apresenta menor pontuação refere-se aos “programas comunitários” com  $\bar{x} \pm dp$  de  $2.28 \pm 2.32$ . Esta categoria obteve um  $\bar{x} \pm dp$  de  $4.25 \pm 1.89$ .

Na globalidade esta instituição (ACES) obteve no ACIC um  $\bar{x} \pm dp$  de  $5.13 \pm 2.52$ .

Relativamente ao instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo, o ACIC, embora a validade de constructo tenha demonstrado que os componentes não seguem exatamente o constructo original, por razões que de seguida serão explicadas, os autores decidiram realizar a discussão dos resultados consoante o modelo aplicado para a recolha de dados.

Os seis fatores extraídos da análise fatorial são muito próximos dos apresentados no constructo de origem, podendo ser identificados como: a categoria 1 (organização do sistema de prestação de cuidados de saúde) mantem-se com os itens originais (1,2,3,4,5,6) acrescentando o item 9 (planos regionais de saúde), esta alteração é justificada porque na região de saúde em questão estes planos regionais de saúde são emanados pelas entidades nacionais e não regionais; a categoria 2 passaria a denominar-se “ligações externas à unidade de cuidados” pois incorpora dois itens (7 e 8) da categoria original (ligações comunitárias) e dois itens (15 e 16) referentes ao envolvimento de especialistas e formação específica, normalmente desenvolvida por pessoal externo à unidade, e que originalmente faziam parte da categoria 4 (suporte à decisão); na categoria 3 (apoio à autogestão) mantem-se os quatro itens (10,11,12 e 13); a categoria 4 (suporte à decisão) contém dois dos itens originais (14 e 17) e quatro itens (18,19,20 e 21) da original categoria 5 (estrutura do sistema de prestação), que fazem sentido visto que os itens se encontram interligados, isto é, para existirem condições ao suporte à decisão é necessário que a estrutura do sistema de prestação de cuidados garanta as condições necessárias para o efeito no que diz respeito ao funcionamento e liderança da equipa, sistema de marcações de consultas e o respetivo acompanhamento (follow-up); a categoria 5 (estrutura do sistema de prestação) ficaria com dois itens (22 e 23); a categoria 6 (sistemas de informação clínica) permanece com os seus itens originais (24,25,26,27 e 28).

No total o ACES obteve um  $\bar{x} \pm dp$  de  $5.13 \pm 2.52$ , o que significa estar no nível C, isto é, em geral os doentes crónicos recebem um apoio básico relativamente à sua doença.

Analisando a primeira categoria, “organização do sistema de prestação de cuidados de saúde”, verifica-se que se encontra no nível B, isto é, um apoio razoavelmente bom ao diabético. Nesta categoria o item com o score mais elevado foi o dos “objetivos da organização para os cuidados à doença crónica”, indicando que estes são mensuráveis e revistos, refletindo assim a preocupação da instituição para com esta doença crónica. Os objetivos em questão são emanados pela direção geral da saúde e contratualizados pelo ACES em estudo, o que reflete o nível alcançado. Com o score mais baixo, encontram-se os “incentivos e regulamentos para os cuidados à doença crónica”, indicando que estes são usados para influenciar tanto a utilização como os custos dos cuidados ao diabético. Relativamente às “ligações comunitárias”, estas situam-se no nível C, isto é, as ligações comunitárias que existem são muito básicas e não dão o suporte totalmente necessário ao doente diabético. Dentro desta categoria os “planos regionais de saúde” obtiveram o score mais alto, situando-se ainda no nível C, indicando que estes consideram algumas guidelines, medidas e recursos referentes aos cuidados à doença crónica e que as mudanças implementadas são em pequena escala. As “parcerias com organizações comunitárias” obtiveram o score

mais baixo, mantendo-se no mesmo nível, o que significa que estão a ser consideradas pelos órgãos de gestão, mas ainda não foram implementadas. A relação dos doentes com a comunidade em que está inserido é primordial. Se este for apoiado por recursos na comunidade e houver troca de informação com os serviços de saúde, o doente terá um apoio mais adequado à sua doença [3].

A autogestão e intervenções de apoio aos doentes na aquisição de aptidões e técnicas para aprender a viver com a doença, são componentes chave na gestão de uma condição crónica [18]. A categoria referente ao “apoio à autogestão” encontra-se no nível B, isto é, o apoio à autogestão é razoavelmente bom, o que permite ao doente e familiares enfrentar alguns desafios e problemas, minimizando os sintomas e complicações da doença. O score mais elevado nesta categoria foi alcançado pelas “intervenções efetivas para a mudança de comportamentos eficazes e apoio dos pares”, indicando que estas estão disponíveis apenas quando os doentes são referenciados a centros especializados com profissionais formados, e com a pontuação mais baixa a “resposta às preocupações dos utentes e familiares” indicando que estas respostas são disponibilizadas para alguns utentes e famílias específicas através de referenciação. Segundo Kirby et al. [19], os doentes crónicos beneficiam quando o prestador de cuidados de saúde está alerta para a autogestão. As aptidões requeridas ao prestador para que haja uma efetiva autogestão do doente foram, a mudança centradas no doente, comportamentos que envolvem a capacidade de entender o ponto de vista e uma capacidade de negociar com os mesmos.

O “suporte à decisão” atingiu somente o nível C, garantindo aos profissionais um suporte básico nas suas decisões. Nesta categoria o componente com score mais elevado diz respeito a “evidência baseada em guidelines” que nesta instituição estão disponíveis e são apoiadas por formadores clínicos. Com o score mais baixo, situando-se ainda no nível D de prestação de cuidados encontra-se o “envolvimento de especialistas na melhoria dos CSP” que se processa basicamente na referenciação tradicional. Como já referido anteriormente, a natureza complexa das doenças crónicas exige abordagens coordenadas, englobando uma equipa multidisciplinar, o envolvimento dos doentes no tratamento destas e normas de orientação/guidelines. Para uma gestão eficaz deste tipo de patologias, as equipas deverão ter o conhecimento e experiência para fornecer uma gestão clínica e comportamental adequada. Por estes motivos, o uso de normas de orientação e guidelines baseadas em evidências é reconhecido como sendo um importante componente dos cuidados à doença crónica [20].

Relativamente à “estrutura do sistema de prestação”, esta apresenta um  $\bar{x} \pm dp$  mais elevado, com  $6.09 \pm 1.79$ , encontra-se no nível B. Nesta categoria encontra-se o item que se situa mais próximo do nível máximo de prestação de cuidados, no que respeita às “consultas programadas para doentes crónicos”, indicando que estas são usadas para todos os doentes e integram uma avaliação regular, intervenções preventivas e apoio à autogestão. Por outro lado, o “funcionamento da equipa clínica” obteve o score mais baixo nesta categoria, assegurando contudo a disponibilidade dos profissionais com formação específica em aspetos chave dos cuidados ao diabético. O score obtido nesta categoria é justificado pelo modo de como os

profissionais procedem nos itens correspondentes. Uma forma de melhorar esta categoria seria o uso de telefone para as consultas de seguimento e lembretes para os profissionais, prática já existente na maioria das unidades em estudo [7].

No que diz respeito aos “sistemas de informação clínica”, estes proporcionam um suporte básico na prestação dos cuidados ao doente crónico, situando-se no nível C. O que obteve um score mais elevado foi o item relativo ao “feedback”, informando que este é disponibilizado de forma irregular e impessoal. O que apresentou o score mais baixo foi o “alerta aos profissionais” demonstrando que estes alertas incluem a notificação geral da existência de doença crónica, mas não descrevem as intervenções necessárias, no momento da consulta.

Estes sistemas de informação e de apoio à decisão são aplicações informáticas projetadas para ajudar os profissionais de saúde na tomada de decisões, diagnósticos e terapêuticas na assistência ao doente. Estas aplicações têm a função de simplificar o acesso aos dados necessários para a tomada de decisões, fornecer lembretes e avisos no momento da consulta, auxiliar no diagnóstico, e alertar quando novos dados do doente são reconhecidos. Estes sistemas de apoio à decisão são importantes, permitindo aos profissionais de saúde uma gestão mais eficaz do tempo, mas, a sua conceção e implementação são um desafio por causa da infraestruturas necessárias, a necessidade de colocar os dados do doente de uma forma simples e processável, e as alterações no fluxo de trabalho que podem existir. Apesar destas dificuldades, há evidência que os sistemas de informação clínica podem ajudar os profissionais de saúde a desenvolver um trabalho de maior qualidade [21].

Os sistemas de saúde efetivos integram e combinam os vários elementos do MGCDC. A categoria que pretendia avaliar esta integração e combinação não passou do nível C que evidencia uma estrutura básica do MGCDC. O componente com score mais elevado diz respeito à “monitorização de consultas, avaliação do doente e planeamento de objetivos”, correspondendo a uma estrutura básica, isto significa que é realizado esporadicamente e normalmente apenas para consultar. Os “programas comunitários” obtiveram o score mais baixo, não passando da estrutura mínima, isto significa que não há feedback para o sistema de saúde sobre o progresso dos doentes nestes programas.

### III. Conclusões

O ACIC demonstrou ser uma instrumentação fiável e válido para a população portuguesa, uma mais-valia na gestão da DM, pois permitirá detetar o nível de apoio aos doentes crónicos e se necessário ajustar e melhorar a prestação de CSP.

Relativamente à implementação do MGCDC concluiu-se que muito há a modificar e implementar pois a maioria dos itens ficaram abaixo do nível B, o que traduz a necessidade de maior atenção dos gestores dos CSP para a doença crónica, e para a forma como ela é gerida pelos profissionais e pelos próprios doentes, uma vez que são eles os principais atores e é a eles, que na qualidade de prestadores de cuidados, se deve garantir a compreensão da informação, apoio e ferramentas para conseguirem gerir a sua patologia.

## Referências

- [1] World Health Organization, “Noncommunicable diseases country profiles 2011,” Genebra, 2011.
- [2] Observatório Nacional da Diabetes, “Diabetes: Factos e Números 2013,” Lisboa, 2014.
- [3] E. H. Wagner, B. T. Austin, C. Davis, M. Hindmarsh, J. Schaefer, and a. Bonomi, “Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action,” *Health Aff.*, vol. 20, no. 6, pp. 64–78, Nov. 2001.
- [4] The MacColl Center for Health Care Innovation, “No Title,” 2000. [Online]. Available: [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=ACIC\\_Survey&s=35](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=ACIC_Survey&s=35). [Accessed: 24-Apr-2013].
- [5] R. Busse, M. Blumel, D. Scheller-kreinsen, and A. Zentner, “TACKLING CHRONIC DISEASE IN EUROPE: Strategies, interventions and challenges,” Copenhagen, 2010.
- [6] K. D. Willison and G. J. Andrews, “The potential of public health to enhance chronic disease management,” *Public Health*, vol. 119, no. 12, pp. 1130–2, Dec. 2005.
- [7] A. E. Bonomi, E. H. Wagner, R. E. Glasgow, and M. VonKorff, “Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement,” *Health Serv. Res.*, vol. 37, no. 3, pp. 791–820, Jun. 2002.
- [8] J. M. Cramm, M. M. H. Strating, A. Tsiachristas, and A. P. Nieboer, “Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch disease management programs,” *Health Qual. Life Outcomes*, vol. 9, no. 1, p. 49, Jan. 2011.
- [9] P. Sunaert, H. Bastiaens, F. Nobels, L. Feyen, G. Verbeke, E. Vermeire, J. De Maeseneer, S. Willems, and A. De Sutter, “Effectiveness of the introduction of a Chronic Care Model-based program for type 2 diabetes in Belgium,” *BMC Health Serv. Res.*, vol. 10, p. 207, Jan. 2010.
- [10] D. E. Beaton, C. Bombardier, F. Guillemin, and M. B. Ferraz, “Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures,” *Spine*, 15-Dec-2000. [Online]. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>.
- [11] D. Beaton and C. Bombardier, “Recommendations for the Cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures,” *Institute for Work & Health*, 2007. [Online]. Available: <http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>. [Accessed: 01-Sep-2012].
- [12] R. W. Brislin, “Back-Translation for Cross-Cultural Research,” *J. Cross. Cult. Psychol.*, vol. 1, no. 3, pp. 185–216, Sep. 1970.
- [13] J. Maroco and T. Garcia-Marques, “Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?,” *Laboratório Psicol.*, vol. 4, no. 1, pp. 65–90, 2006.
- [14] P. L. Ferreira and F. B. Marques, *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: princípios metodológicos gerais*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 1998, pp. 0–24.
- [15] J. Maroco, *Análise estatística: com utilização do SPSS*, 3ª ed. Lisboa: Silabo, 2007.
- [16] R. B. Kline, *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, 3ª ed., vol. 81, no. 1. New York, 2011.
- [17] C. Steurer-Stey, A. Frei, G. Schmid-Mohler, S. Malcolm-Kohler, M. Zoller, and T. Rosemann, “Assessment of Chronic Illness Care with the German version of the ACIC in different primary care settings in Switzerland,” *Health Qual. Life Outcomes*, vol. 8, no. 1, p. 122, Jan. 2010.
- [18] S. Nolte and R. H. Osborne, “A systematic review of outcomes of chronic disease self-management interventions,” *Qual. Life Res.*, Oct. 2012.
- [19] S. Kirby, S. Dennis, P. Bazeley, and M. Harris, “What distinguishes clinicians who better support patients for chronic disease self-management?,” *Aust. J. Prim. ...*, vol. 18, no. 3, pp. 220–227, 2012.
- [20] C. Knai, S. Brusamento, H. Legido-Quigley, V. Saliba, D. Panteli, E. Turk, J. Car, M. McKee, and R. Busse, “Systematic review of the methodological quality of clinical guideline development for the management of chronic disease in Europe,” *Health Policy*, vol. 107, no. 2–3, pp. 157–67, Oct. 2012.
- [21] T. Payne, “Computer decision support systems,” *Chest*, vol. 188, p. 47S–52S, 2000.