

# Qualidade da assistência à saúde na Atenção Primária: perspectiva de pessoas com Diabetes Mellitus

*Quality of health care in Primary Care: perspective of people with Diabetes Mellitus*  
*Calidad de la atención en salud en Atención Primaria: perspectiva de las personas con Diabetes Mellitus*

**Rosilene Rocha Palasson<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-1474-7503

**Elisabete Pimenta Araújo Paz<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-1692-0253

**Gerson Luiz Marinho<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-2430-3896

**Luiz Felipe da Silva Pinto<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-9888-606X

**Elen Ferraz Teston<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-6835-0574

**Margareth de Almeida Gomes<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-4431-084X

**Maria Helena do Nascimento Souza<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-2230-3048

**Sonia Silva Marcon<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-6607-362X

<sup>I</sup>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>III</sup>Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.

## Como citar este artigo:

Palasson RR, Paz EPA, Marinho GL, Pinto LFS, Teston EF, Gomes MA, et al. Quality of health care in Primary Care: perspective of people with Diabetes Mellitus. Rev Bras Enferm. 2023;76(5):e20230008. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0008pt>

## Autor Correspondente:

Rosilene Rocha Palasson

E-mail: palasson.rosilene@ufms.br



EDITOR CHEFE: Álvaro Sousa  
EDITOR ASSOCIADO: Carina Dessotte

Submissão: 17-01-2023

Aprovação: 24-04-2023

## RESUMO

**Objetivos:** identificar como pessoas com diabetes avaliam a assistência ofertada pelas equipes da Atenção Primária. **Métodos:** estudo seccional, realizado a partir de entrevistas estruturadas com aplicação do instrumento *Patient Assessment of Chronic Illness* a pessoas com Diabetes Mellitus 2. Os dados foram submetidos à análise estatística. **Resultados:** participaram do estudo 451 indivíduos, sendo mais da metade com 60 anos ou mais (64,0%); 63,9% tinham diagnóstico há mais de cinco anos; e 23,9% faziam uso de insulina. O escore médio obtido foi de 2,5, o que indicou pouco envolvimento no autocuidado e baixo suporte ao cuidado da condição crônica por parte da equipe da Estratégia Saúde da Família, e foi maior entre as mulheres e pessoas com companheiro(a). **Conclusões:** as pessoas com diabetes consideram que não recebem tratamento individualizado, com diálogo e discussão para o estabelecimento de metas, e que não são preparados para a autogestão da condição de saúde.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus Tipo 2; Qualidade da Assistência à Saúde; Autocuidado; Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

**Objectives:** to identify how people with diabetes assess the care offered by Primary Care teams. **Methods:** a cross-sectional study based on structured interviews with the application of the Patient Assessment of Chronic Illness instrument to people with Type 2 Diabetes Mellitus. Data were submitted to statistical analysis. **Results:** 451 individuals participated in the study, more than half aged 60 years or older (64.0%); 63.9% had been diagnosed for more than five years; and 23.9% used insulin. The average score obtained was 2.5, which indicated little involvement in self-care and low support for the care of the chronic condition by the Family Health Strategy team, and was higher among women and people with a partner. **Conclusions:** people with diabetes consider that they do not receive individualized treatment, with dialogue and discussion for setting goals, and that they are not prepared for self-managing their health condition.

**Descriptors:** Primary Health Care; Diabetes Mellitus Type 2; Quality of Health Care; Self Care; Patient Safety.

## RESUMEN

**Objetivos:** identificar cómo las personas con diabetes evalúan la asistencia ofrecida por los equipos de Atención Primaria. **Métodos:** estudio transversal, basado en entrevistas estructuradas con aplicación del instrumento *Patient Assessment of Chronic Illness* a personas con Diabetes Mellitus 2. Los datos fueron sometidos a análisis estadístico. **Resultados:** participaron del estudio 451 individuos, más de la mitad con 60 años o más (64,0%); el 63,9% tenía más de cinco años de diagnóstico; y el 23,9% usaba insulina. El puntaje promedio obtenido fue de 2,5, lo que indica poca participación en el autocuidado y bajo apoyo para el cuidado de la condición crónica por parte del equipo de la Estrategia de Salud de la Familia, siendo mayor entre las mujeres y las personas con pareja. **Conclusiones:** las personas con diabetes consideran que no reciben un tratamiento individualizado, con diálogo y discusión para el establecimiento de metas, y que no están preparadas para el automanejo de la condición de salud.

**Descriptoros:** Atención Primaria de Salud; Diabetes Mellitus Tipo 2; Calidad de la Atención de Salud; Autocuidado; Seguridad del Paciente.

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), os cuidados ofertados às pessoas com condições crônicas vêm sendo progressivamente relacionados a temas que envolvem a segurança do paciente<sup>(1-4)</sup>. À medida que são propostas ações para um cuidado seguro, eficaz, equitativo, oportuno, eficiente e centrado na pessoa, as práticas que disseminam uma cultura de segurança do paciente promovem uma maior qualidade assistencial<sup>(1)</sup>. No entanto, os processos que envolvem a implementação dessas práticas são complexos e repletos de desafios, que se ampliam quando se trata do cuidado às pessoas com condições crônicas<sup>(1,4)</sup>.

Diversos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, atravessam um momento da transição epidemiológica caracterizado por elevadas ocorrências de agravos crônicos, as quais representam as principais causas de internações e óbitos, especialmente entre grupos etários com idades mais elevadas<sup>(2)</sup>. Os casos de Diabetes Mellitus (DM) vêm aumentando consideravelmente em todo o mundo ao longo dos anos, e, no Brasil, entre 2013 e 2019, houve um aumento de 24% na prevalência dessa condição<sup>(5)</sup>. Nas duas últimas décadas, o Rio de Janeiro foi a capital do Brasil com as maiores taxas de mortalidade por DM (com uma taxa média de 40,4 óbitos por 100 mil habitantes).

No contexto brasileiro, a oferta de cuidados primários de saúde para pessoas com condições crônicas permanece centrada em consultas médicas que, em geral, têm curta duração e enfatizam a prescrição de medicamentos. Ademais, consideram-se como incipientes a valorização das diversas realidades sociais e a integração de familiares e amigos na criação de vínculos com a unidade de saúde e profissionais, ampliando-se a lista de obstáculos e desafios para a concretização dos atributos inerentes ao modelo de cuidados primários adotado no Brasil<sup>(2-3)</sup>.

Atinente a isso, torna-se necessário conferir visibilidade às lacunas que limitam a cultura de segurança na APS, em especial no que tange à colaboração, cooperação e envolvimento das pessoas em seus cuidados, bem como à mensuração e notificação de danos<sup>(4)</sup>. A assistência centrada no paciente favorece o desenvolvimento de ações de autocuidado que, por sua vez, são relevantes para o manejo adequado das condições crônicas<sup>(6)</sup>.

O aperfeiçoamento de habilidades relacionadas à automonitorização, a identificação de mudanças na funcionalidade, o manejo dos sintomas e complicações exigem avaliação singularizada e definição de metas com a coparticipação dos envolvidos. Desse modo, o estímulo à tomada de decisão compartilhada, pautada na empatia, autonomia, respeito às escolhas e decisões do paciente, associa-se a uma prática reflexiva, motivadora e criativa, e requer que o apoio ao usuário esteja disponível sempre que este apresentar dúvidas ou necessidade de melhorar seu desempenho<sup>(7)</sup>.

Essas disposições integram o conjunto de intervenções do *Chronic Care Model* (MCC), que tem como propósito melhorar a qualidade e a gestão de condições crônicas<sup>(8)</sup>, mediante mudanças abrangentes dos sistemas de saúde, o que envolve cultura, organização e mecanismos de efetivação para cuidados seguros e de qualidade nos atendimentos.

Considerando esses aspectos, torna-se fundamental conhecer a perspectiva da pessoa com condição crônica em relação à qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, estudos têm

sido realizados com o propósito de medir a coerência entre os cuidados prestados e as premissas do MCC utilizando o *Patient Assessment of chronic Illness* (PACIC)<sup>(8)</sup>. Esse instrumento já foi aplicado em pessoas com condição crônica, como DM<sup>(9)</sup>, síndrome metabólica<sup>(10)</sup>, hipertensão<sup>(11)</sup>, depressão<sup>(12)</sup>, esclerose múltipla<sup>(13)</sup>, osteoartrite<sup>(14)</sup>, entre outras. Cabe destacar que, no contexto internacional, o instrumento foi traduzido e validado em alguns países, como Alemanha, Dinamarca, Finlândia, Holanda, França, Itália, Egito, Espanha, China, Japão, Arábia Saudita, Tailândia, Coréia e Vietnã, e observou-se aumento crescente de publicações em relação à temática<sup>(15)</sup>.

## OBJETIVOS

Identificar como pessoas com Diabetes Mellitus 2 avaliam a assistência ofertada pelas equipes da Atenção Primária.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa, originado de uma tese de doutorado, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem Anna Nery e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-HESFA/UFRJ) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Saúde do Município (SMS/RJ), instituição coparticipante deste estudo. Após o aceite, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, de igual teor.

### Desenho, local e período do estudo

Os dados analisados neste estudo são oriundos de uma tese de doutorado. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo seccional, cujas estimativas buscaram representar a população de adultos cadastrada em unidades de APS de uma região do município do Rio de Janeiro, com diagnóstico médico de DM. As recomendações do *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE), ferramenta que sugere padronizações para realização de estudos epidemiológicos seccionais, nortearam a elaboração de seu relatório<sup>(16)</sup>.

O estudo foi realizado em unidades de saúde de Atenção Primária, localizadas em bairros da zona Sul da cidade do Rio de Janeiro. Trata-se de uma região que apresenta perfis populacionais de diferentes estratos socioeconômicos, onde condomínios com "o metro quadrado mais caro do país" estão a poucos quilômetros de domicílios em condições de extrema vulnerabilidade, delimitando, portanto, um espaço geográfico cujo perfil populacional se aproxima daquele observado para o município como um todo.

Em 2013, aproximadamente 40% dos domicílios do município do Rio de Janeiro eram cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), e, em 2019, o volume de cadastros alcançou aproximadamente 63% dos domicílios, indicando um incremento anual de 31% e representando o crescimento mais elevado entre todas as capitais do Brasil<sup>(17)</sup>.

## População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Participaram do estudo pessoas adultas com diagnóstico médico de DM tipo 2 (DM2), acompanhadas por equipes da ESF atuantes em unidades da APS do município.

O cálculo do tamanho da amostra investigada considerou a prevalência de DM2 de 8,2% para homens e 11,2% para mulheres<sup>(18)</sup>. Admitindo-se erro máximo de 5% para as estimativas e considerando um acréscimo de 5% para eventuais perdas, obteve-se uma amostra de 451 indivíduos adultos. Os participantes do estudo foram selecionados a partir de sorteio nas listas de cadastrados, conforme equiprobabilidade do sexo e faixa etária.

Foram incluídas no estudo pessoas com 18 anos ou mais e com diagnóstico de DM2 cadastradas pelas equipes da ESF. Por sua vez, foram excluídas aquelas com algum transtorno de linguagem e cujo respondente seria um terceiro. As pessoas sorteadas foram inicialmente contactadas por telefone, sendo agendado comparecimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma consulta, conforme disponibilidade de dia e horário das mesmas. Foram realizadas até três tentativas de agendamento para só depois fazer a substituição por outra pessoa da mesma equipe da ESF com mesmo estrato de sexo e faixa etária.

## Protocolo do estudo

Os dados foram coletados pela pesquisadora principal, mediante entrevista estruturada individual, realizada em sala reservada na unidade de saúde, no domicílio ou em equipamentos sociais da área de abrangência com a aplicação do instrumento PACIC.

O PACIC foi desenvolvido por pesquisadores e gestores do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, de Seattle, Estados Unidos, visando avaliar a qualidade do cuidado condizente às intervenções do Modelo de Cuidados Crônicos<sup>(8)</sup>. A versão, adaptada para a língua portuguesa, é composta por 20 itens, distribuídos em cinco dimensões: adesão ao tratamento (itens 1-3); modelo de atenção, apoio à tomada de decisão (itens 4-6); definição de metas e/ou adaptação (itens 7-11); resolução de problemas/contextualização do aconselhamento (itens 12-15); e coordenação da atenção/acompanhamento (itens 16-20)<sup>(19)</sup>.

As respostas ao instrumento são apresentadas em escala do tipo Likert de cinco pontos (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre). A interpretação do resultado pode ser feita a partir do escore médio total por dimensão e por item. Em todos os casos, um escore acima de 3,0 indica maior envolvimento/participação no autocuidado e suporte ao cuidado da condição crônica<sup>(19)</sup>.

Cabe destacar que, embora o PACIC já tenha sido utilizado em inúmeros estudos e em diferentes países, pesquisa realizada na Alemanha apontou que o número de pontos na escala de resposta pode afetar o escore obtido e comprometer a interpretação do resultado<sup>(12)</sup>.

## Análise dos resultados e estatística

Os dados foram apresentados com estatísticas resumo (média, mediana e desvio padrão), e as comparações, realizadas com base no teste ANOVA, para verificar a associação entre os escores do PACIC e as características sociodemográficas. A medida de associação

utilizada foi o *Odds Ratio*, com respectivo Intervalo de Confiança de 95% e nível de significância inferior a 5% ( $p < 0,05$ ). Os dados foram tabulados no *software Microsoft Office Excel* e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences*® 20.0.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 451 pessoas com idade média de 63 anos (desvio padrão (DP)  $\pm 11,1$ ), sendo 51,2% do sexo feminino. Assim, 59,1% declararam cor ou raça parda, 53,4% viviam com companheiro(a) ou cônjuge e 81,8% tinham renda entre um e três salários-mínimos. A maioria dos participantes tinha diagnóstico de DM há mais de cinco anos (63,9%) e, aproximadamente 1/4 fazia uso de insulina (23,1%).

Com média geral igual a 2,5 (DP  $\pm 1,2$ ), o indicador que avaliou o envolvimento dos pacientes com os serviços de saúde no manejo da condição crônica (DM) indicou déficit em relação ao autocuidado e baixo suporte por parte das equipes de saúde que os acompanham. As dimensões do PACIC que sugeriram melhores resultados foram: "B) Modelo de atenção/tomada de decisão" (escore médio = 3,3; DP  $\pm 4,5$ ); "C) Estabelecimento de metas" (2,7; DP  $\pm 1,2$ ); e "D) Resolução de problemas" (2,7; DP  $\pm 2,7$ ). As menores médias foram nas dimensões "A) Adesão ao tratamento" e "E) Coordenação da atenção/acompanhamento" (2,0; DP  $\pm 1,8$  e 1,9; DP  $\pm 2,0$ , respectivamente).

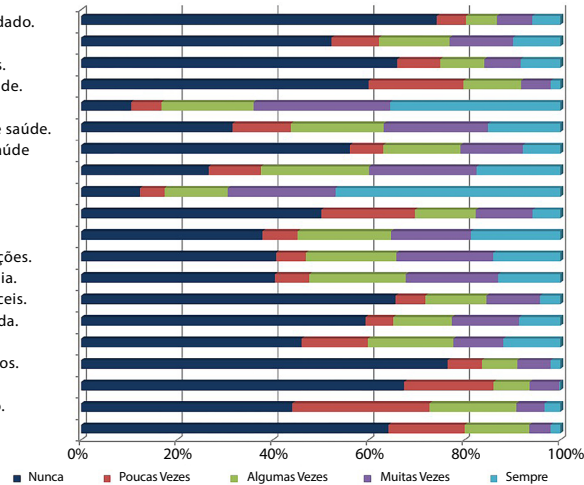
Considerando a avaliação das respostas de cada item do questionário, mais da metade dos entrevistados afirmou "nunca" para 10 dos 20 itens, com maior concentração de "nunca" e "poucas vezes" nas dimensões "adesão ao tratamento" e "coordenação da atenção". Na dimensão "adesão ao tratamento", destaca-se que 73,4% dos participantes referiram que nunca foram solicitados a uma colaboração efetiva por ocasião da definição de seu plano de cuidados; 51,7% afirmaram que nunca foram fornecidas opções de tratamento para que pensassem sobre estas; e 65,2% responderam que a equipe não questiona sobre problemas no uso dos medicamentos (Figura 1).

A subescala "modelo de atenção/tomada de decisão" apresentou o escore mais alto (3,3), sendo que a questão sobre a satisfação com a organização do tratamento foi a que mais contribuiu com este resultado, visto que mais da metade dos participantes relatou estar "muitas vezes" (27,9%) ou "sempre" (34,8%) satisfeita, embora 59,9% deles tenham afirmado que "nunca" receberam lista de "coisas" para melhorar sua saúde.

Quanto à dimensão "definição de metas", o escore obtido foi maior do que o geral (2,7). Contribuiu para este resultado o fato de quase 80% dos participantes afirmou "muitas vezes" ou "sempre" receber por escrito informações sobre seu plano de cuidados. É importante destacar que, nesse caso, eles se referiam à receita de medicamentos e não a aspectos relacionados com a mudança de comportamento como parte do tratamento. Ademais, 55,7% dos entrevistados afirmaram que "nunca" foram abordados pela equipe sobre o que pretendiam fazer para melhorar suas condições de saúde (Figura 1).

A dimensão "resolução de problemas e contextualização do aconselhamento" também obteve escore maior do que o geral (2,7), embora 65% dos entrevistados afirmaram que "nunca" receberam ajuda para planejar o cuidado à saúde em épocas difíceis e 56,2% "nunca" foram perguntados sobre como a condição crônica afeta sua vida (Figura 1).

- Q1. Opinião do usuário quando definido o plano de cuidado.
- Q2. Dar opções de tratamento para pensar sobre elas.
- Q3. Pergunta sobre problemas no uso de medicamentos.
- Q4. Recebeu lista de "coisas" que podem melhorar a saúde.
- Q5. Satisfação com a organização do tratamento.
- Q6. O que faz para cuidar de si influencia o problema de saúde.
- Q7. O que pretende fazer para cuidar do problema de saúde
- Q8. Ajuda manter hábitos de vida saudáveis.
- Q9. Recebe por escrito plano de cuidado (receita).
- Q10. Incentivo para participar de grupos específicos.
- Q11. Pergunta sobre hábitos de saúde.
- Q12. Equipe de saúde considera valores, crenças e tradições.
- Q13. Ajuda a fazer um tratamento para seguir no dia a dia.
- Q14. Ajuda a planejar o cuidado à saúde em épocas difíceis.
- Q15. Pergunta sobre como a condição crônica afeta a vida.
- Q16. Contato de alguém da equipe após consulta.
- Q17. Incentivo para participar de programas comunitários.
- Q18. Orientação sobre cuidados com a saúde.
- Q19. Consultas com especialistas ajudam no tratamento.
- Q20. Pergunta sobre visitas a especialistas.



**Figura 1** - Distribuição de respostas aos 20 itens do *Patient Assessment of Chronic Illness*, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Por fim, a dimensão “coordenação da atenção/acompanhamento” obteve o menor escore (1,9), contribuindo, para isso, o fato de 75,8% dos participantes terem relatado que “nunca” receberam incentivo para participar de programas comunitários; 67,2%, “nunca” ter recebido orientação sobre cuidados com o DM por parte de outros profissionais que compõem a equipe multidisciplinar (nutricionista, farmacêutico, educador físico ou nutricionista); 63,2%, que de maneira geral não há questionamentos sobre a realização de consultas com oftalmologistas e cardiologistas; e 43,7%, que “nunca” foram encaminhados para especialistas.

Nas análises bivariadas, observou-se que, comparados às mulheres, homens tiveram o dobro de chances de se mostrarem satisfeitos com a organização do tratamento ( $OR = 2,34; p < 0,01$ ) e de ter contato de alguém da equipe após consulta ( $OR = 2,27; p < 0,01$ ). Mulheres, por sua vez, apresentaram chance 40,0% maior de participação em grupos de reeducação alimentar em comparação aos homens ( $OR = 1,43; p < 0,01$ ).

Além disso, em comparação com participantes que não tinham cônjuge ou companheiro(a), aqueles que referiram viver com companheiro(a) tiveram maiores chances de adesão ao tratamento ofertado pela equipe de saúde da família, uma vez que, em pelo menos um item de cada dimensão da escala, alcançaram escores que indicavam maior participação no tratamento e acompanhamento do DM ( $p < 0,01$ ).

## DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que o cuidado à saúde prestado pelos profissionais das equipes da APS, na perspectiva das pessoas com DM, poucas vezes propicia sua participação no processo de tomada de decisão que as ajude na realização do autocuidado. Isso ocorre pelo estudo ter identificado que as equipes da ESF promovem diversas ações para melhorar a qualidade de vida das pessoas com DM. Entre as ações apontadas, citaram-se grupo de apoio nutricional, de caminhadas, de pessoas com diabetes e hipertensão e de educação em saúde, consulta nutricional, de enfermagem, médica, distribuição de medicamentos, visita domiciliar, entre outros, o que

corroborar com achados identificados no estudo realizado em município de médio porte, na região Sul do país<sup>(20)</sup>.

A despeito da variedade de ações voltadas à melhor qualidade de vida, elas não são suficientes na garantia de uma atenção que favoreça a segurança e a individualidade no tratamento, quando apresentadas aos participantes. Destacam-se a necessidade de os profissionais reconhecerem o papel do usuário em relação à sua condição de saúde e o envolvimento nas ações de planejamento do cuidado<sup>(21)</sup>.

Os resultados sugerem que, no acompanhamento realizado pelas equipes em estudo, não ocorre tratamento individualizado, com diálogo e discussão, para estabelecer prioridades e metas em conjunto, evidenciando que a atuação das equipes em relação a essa condição crônica permanece centrada no fornecimento da receita de antidiabéticos e na transmissão vertical das orientações, com abordagem generalizada das mudanças de comportamento. Em decorrência, os usuários podem ter dificuldade de se reconhecerem como participantes em seus cuidados, o que implica dizer que o atendimento não favorece a ativação e o preparo para a autogestão da condição de saúde que envolve, por exemplo, o aperfeiçoamento de habilidades, como a automonitorização, manejo dos sintomas e de complicações agudas.

No presente estudo, o escore médio obtido no PACIC indicou pouco envolvimento dos indivíduos na realização de ações de autocuidado e baixo suporte por parte dos profissionais, o que corrobora com os resultados encontrados em estudo realizado em dois distritos sanitários em Minas Gerais (cujo escore foi de 1,5), o qual apontou dificuldades nas dimensões de proatividade das equipes e do cuidado centrado na pessoa<sup>(3)</sup>. Cabe destacar que as intervenções voltadas ao modelo de cuidado centrado demonstram aumento do envolvimento das pessoas com as atividades de autocuidado, com relato de maior controle pessoal, consciência e compreensão coerente da condição. No entanto, para que isso ocorra, se faz necessário substituir a abordagem de verificação usual de tópicos por uma abordagem educacional mais complexa, de modo a permitir que a pessoa seja capacitada para tomar decisões e gerenciar sua própria saúde<sup>(22-23)</sup>.

Destarte, o estímulo à tomada de decisão compartilhada pautada na empatia, no respeito às escolhas e decisões do paciente, está associado à autonomia: uma prática reflexiva, motivadora e criativa e que requer que o apoio ao usuário esteja disponível sempre que este apresentar dúvidas ou necessidade de melhorar seu desempenho<sup>(21)</sup>. Frente a isso, a educação para a autogestão constitui uma intervenção que propicia a mudança de comportamento, caracterizada por maior capacidade do indivíduo para tomar decisões, quando necessário, com vistas a minimizar as

complicações e maximizar sua condição de saúde. Na maior parte do tempo, e para o resto de suas vidas, as pessoas com DM conviverão com situações em que precisam determinar ações para seu próprio bem-estar e, portanto, precisam compreender como realizá-las e se co-responsabilizar pelo seu cuidado<sup>(7)</sup>.

Estudo de metanálise apontou que ações de supervisão presencial ou remota e a realização de visita domiciliar são estratégias eficazes no estímulo à autogestão da condição de saúde. Para tanto, essas necessitam ser personalizadas, centradas nas pessoas, e favorecer a capacidade de enfrentamento do indivíduo em relação à sua saúde, além de contribuir para sua segurança<sup>(23)</sup>. Desse modo, os profissionais da APS podem utilizar estratégias metodológicas e ferramentas que propiciem a gestão de casos, a abordagem motivacional, ou outras possibilidades, levando em conta que as pessoas com DM devem ser motivadas para melhorar o engajamento no tratamento e desenvolver as mudanças de comportamentos que possibilitem um melhor cuidado com a saúde<sup>(24)</sup>.

As dificuldades para propiciar a abordagem de cuidados que reconheçam o papel essencial dos usuários na gestão de sua própria condição de saúde podem ter várias explicações, como o próprio processo de trabalho dos profissionais que atuam na APS. Se considerar a relação quantitativa de pessoas sob a responsabilidade de uma única equipe, não é difícil inferir que altos quantitativos de usuários sobrecarregam os profissionais e resultam em sobrecarga de trabalho, podendo influenciar na operacionalização dos atendimentos, o que limita o desenvolvimento de uma abordagem dialogada.

Corroborando com essa ideia, estudo realizado junto às pessoas com DM2 na Malásia, que também utilizou o PACIC para comparar a qualidade do cuidado na presença ou não de profissionais especialistas em APS, apontou que a desproporção entre o número de equipes que contavam com a presença desses profissionais e a população da área de abrangência estava acima do padrão internacional. Essa condição foi associada a menor qualidade percebida pelos usuários, assim como ao aumento da idade e ao número de profissionais disponíveis nas clínicas<sup>(25)</sup>.

A literatura aponta outros problemas experienciados pelas equipes da ESF e que interferem na prestação de um cuidado de qualidade às pessoas com condições crônicas no âmbito da APS. Entre eles, citam-se a questão da formação, a qualificação e atualização dos profissionais de saúde, o enfoque na patologia e cuidado físico, influenciando a assistência que é prestada e um processo de trabalho, e a organização dos serviços voltados para o atendimento de condições agudas<sup>(3,26)</sup>. Diante disso, torna-se necessário que, durante a formação dos profissionais de saúde, haja preocupação em torná-los aptos para a realização de intervenções consoantes com o modelo de cuidados crônicos, pois os profissionais precisam ter habilidades para a resolução de problemas e apoio à decisão, usando tomada de decisão compartilhada e definição de metas que tenham como propósito aumentar a ativação do paciente<sup>(26-27)</sup>.

Outro aspecto que chama a atenção nos resultados do presente estudo foi a baixa pontuação obtida na subdimensão "coordenação da atenção e acompanhamento", caracterizada pela quase total ausência de acompanhamento com outros profissionais, como nutricionistas, educadores físicos, ou assistentes sociais. É provável

que esse achado esteja relacionado ao número insuficiente desses profissionais na rede, mas também às mudanças ocorridas pela alteração na execução das ações dessas equipes, visto que o período de coleta de dados coincidiu com a mudança de gestão.

Estudo de validação do PACIC, desenvolvido no interior de São Paulo, Brasil, com 85 pessoas com DM, identificou fragilidade nessa subdimensão. Isso esteve relacionado à dificuldade no trabalho em equipe multiprofissional, especificamente com a educação em diabetes, resultando em detrimento da integralidade do cuidado<sup>(28)</sup>.

No município do Rio de Janeiro, as equipes da ESF contavam com o apoio dos profissionais do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família (NASF) para atenção à saúde da população adstrita. Destaca-se que, a despeito de variações no processo de trabalho, a principal proposição do NASF é favorecer a integralidade e longitudinalidade do cuidado, mediante ações que englobam cogestão e matriciamento entre as equipes da ESF e NASF, consultas compartilhadas e grupos educativos e/ou terapêuticos<sup>(29)</sup>.

No entanto, no presente estudo, a atuação dos profissionais do NASF se mostrou limitada, visto que mais da metade dos entrevistados relatou não ter sido sequer convidada a participar de atividades de grupos coletivos sobre os assuntos relacionados ao tratamento, e isso é consonante com os achados de outros estudos<sup>(30-31)</sup>. Cabe salientar que a atuação dos profissionais do NASF tem potencial para promover a autonomia dos usuários, pois favorece a consciência sanitária e a mudança nos hábitos de vida, principalmente no caso de pessoas com condições crônicas. Esse cuidado é possível a partir da avaliação multidimensional, que é realizada por uma equipe multidisciplinar de modo colaborativo<sup>(24,27)</sup>.

A ausência ou deficiência de seguimento para verificação das condições de órgãos vitais, mediante avaliação anual com oftalmologista e cardiologista identificada nesta mesma subescala, representa uma lacuna assistencial, já que a possibilidade de complicações crônicas é frequente entre pessoas com DM. Cabe lembrar que a APS é reconhecida como coordenadora do percurso terapêutico dos usuários no sistema de saúde, visando diminuir a fragmentação do cuidado e em busca da efetivação da integralidade<sup>(32)</sup>.

Segundo pesquisa que analisou a coordenação do cuidado da APS por meio de dados do programa nacional para a melhoria da qualidade do acesso à atenção básica, nos últimos anos, ocorreu uma evolução na avaliação da coordenação do cuidado, mas isso é visto com apreensão mediante as alterações da política nacional da atenção básica ocorridas em 2017<sup>(32)</sup>. Ressalta-se a importância de se manter o investimento nos componentes que favorecem a coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde, e isso envolve a disponibilização de sistemas de informações clínicas, com prontuários eletrônicos, acesso à *internet*, computadores e telefones nas UBS.

Ademais, as limitações na comunicação entre APS e atenção especializada resultam em discordância sobre tratamento e encaminhamentos inadequados, o que dificulta a articulação resolutiva da Rede de Atenção à Saúde, podendo refletir em fragmentação do cuidado. Isso reproduz duplicação, sobreutilização de procedimentos, aumento de custos em todos os

níveis de atenção, além da possibilidade de planos terapêuticos conflitantes, o que não beneficia os usuários<sup>(26,33)</sup>.

Os achados da pesquisa realizada nos serviços de atenção primária da Arábia Saudita, junto a pessoas com DM e hipertensão, utilizando o PACIC, também identificaram baixos escores na subdimensão de acompanhamento e coordenação, sugerindo a necessidade de mais encaminhamentos aos especialistas, realização de acompanhamento via visitas ou contato telefônico. Destaca-se que, embora haja diferenças nos sistemas de saúde quanto às políticas de financiamento e organização, comparações de dados encontrados em diferentes países podem oferecer oportunidades de aprenderem uns com os outros em termos dos pontos fortes e limitações das abordagens para as doenças não transmissíveis<sup>(11)</sup>.

No presente estudo, os homens apresentaram maior satisfação com a qualidade do cuidado, e relataram maior atenção da equipe em visitas após as consultas, quando comparados às mulheres. Outra diferença identificada foi a maior percepção entre as mulheres de incentivo para participação nos grupos educativos, o que pode ser justificado pela maior frequência feminina nos serviços de saúde. Estudo realizado com os homens no nordeste do país identificou a falta de conhecimento dos serviços oferecidos na APS e a dificuldade para a realização do autocuidado de qualidade entre esses<sup>(34)</sup>. As associações citadas podem estar relacionadas ao distinto grau de conhecimento e à organização do sistema de saúde entre os gêneros. Esses resultados reforçam a necessidade de se atentar a tal diferenciação, para adequar o manejo entre homens e mulheres com DM2.

Outra associação identificada está relacionada às pessoas com companheiro, visto que elas se apresentaram mais sensibilizadas na ativação para o autocuidado, no estabelecimento de metas e na realização dos atendimentos junto aos especialistas. Esse resultado permite inferir que o apoio recebido por essas pessoas pode facilitar o autocuidado e favorecer a melhor avaliação da qualidade do cuidado. Tal resultado é congruente com o de estudo desenvolvido na China, junto a idosos com DM2, o qual identificou associação entre o apoio social com a autogestão eficaz<sup>(35)</sup>. Tais resultados reforçam a necessidade de os profissionais das equipes da ESF envolverem os respectivos companheiros e/ou familiares da convivência cotidiana no plano de cuidados, com vistas a ampliar o engajamento no tratamento.

### Limitações do estudo

Algumas possíveis limitações do estudo se relacionam ao fato de a coleta de dados ter ocorrido em um período que a assistência à saúde no município estava comprometida, pois, além da reconfiguração de algumas áreas de abrangência, houve diminuição de equipes da área programática, limitação e/ou falta

de insumos e medicamentos, além de frequentes momentos de paralização dos profissionais por atraso salarial, o que pode ter comprometido a avaliação dos usuários. Ao considerar o instrumento, segundo a literatura, o número de pontos na escala de resposta pode afetar o escore PACIC em pacientes com diabetes.

### Contribuições para as áreas da enfermagem, saúde, ou políticas públicas

Os achados podem ampliar o escopo de conhecimento, visando melhorar o manejo dos cuidados em saúde voltado às pessoas com DM2. No que se refere à prática assistencial, os dados desta pesquisa podem orientar políticas de educação permanente que qualifiquem profissionais das equipes de Saúde da Família para o cuidado apoiado e a segurança do paciente na APS.

### CONCLUSÕES

As pessoas com DM consideram que não recebem tratamento individualizado, com diálogo e discussão para o estabelecimento de metas, e que não são preparadas para a autogestão da condição de saúde. Avaliam que o cuidado à saúde prestado pelas equipes da APS é centrado em uma abordagem generalizada, determinada por discussão superficial do plano de cuidado, e com lacunas na aproximação com seus hábitos e preferências de saúde.

Desse modo, infere-se que o cuidado está subvalorizado e desalinhado com a cultura de segurança do paciente. Ainda, o pequeno envolvimento no autocuidado e o baixo suporte por parte da equipe da ESF no cuidado da condição crônica evidenciam a necessidade de mudanças na prática assistencial às pessoas com DM, visto que a mesma deve ser pautada na escuta ativa, na construção conjunta do plano de cuidados e no acompanhamento/apoio da equipe em relação às metas pactuadas.

### FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

### CONTRIBUIÇÕES

Palasson RR, Paz EPA e Pinto LFS contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Palasson RR, Paz EPA, Marinho GL, Pinto LFS, Teston EF, Gomes MA, Souza MHN e Marcon SS contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Palasson RR, Paz EPA, Marinho GL, Pinto LFS, Teston EF, Gomes MA, Souza MHN e Marcon SS contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

### REFERÊNCIAS

1. Mesarić J, Šimić D, Katić M, Tveter Deilkås EC, Hofoss D, Bondevik GT. The safety attitudes questionnaire for out-of-hours service in primary healthcare: Psychometric Properties of the Croatian version. *PLoS One*. 2020;13;15(11):e0242065. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242065>

2. World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013[cited 2022 Jun 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>
3. Silva LB, Silva PAB, Santos JFG, Silqueira SMF, Borges EL, Soares SM. Estratos de risco e qualidade do cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3166. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2968.3166>
4. Auraen A, Slawomirski L, Klazinga, N. The Economics of patient safety in primary and ambulatory care flying blind [Internet]. 2018[cited 2022 Jun 5]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>
5. Reis RCP, Duncan BB, Malta DC, Iser BPM, Schmidt MI. Evolution of diabetes in Brazil: prevalence data from the 2013 and 2019 Brazilian National Health Survey. *Cad Saude Publica*. 2022;38(Suppl-1). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149321>
6. Moura NS, Lopes BB, Teixeira JJD, Oriá MOB, Vieira, NFC, Guedes MVC. Literacy in health and self-care in people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):734-40. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0291>
7. Batalha APDB, Ponciano IC, Chaves G, Felício DC, Britto RR, da Silva LP. Behavior change interventions in patients with type 2 diabetes: a systematic review of the effects on self-management and A1c. *J Diabetes Metab Disord*. 2021;20(2):1815-36. <https://doi.org/10.1007/s40200-021-00846-8>
8. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Medical Care*. 2005;43(5):436-44. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000160375.47920.8c>
9. Törő V, Kósa Z, Takács P, Széll R, Radó S, Szelesné AA, et al. Patients' Assessment of Chronic Illness Care (PACIC): Validation and Evaluation of PACIC Scale among Patients with Type 2 Diabetes in Hungary. *Int J Integr Care*. 2022;22(3):5. <https://doi.org/10.5334/ijic.6010>
10. Basri NF, Ramli AS, Mohamad M, Kamaruddin KN. Traditional and complementary medicine (TCM) usage and its association with Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) among individuals with metabolic syndrome in primary care. *BMC Complement Med Ther*. 2022;22(1):14. <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03493-x>
11. Hazazi A, Wilson A. Improving management of non-communicable chronic diseases in primary healthcare centres in the Saudi Health Care System. *Health Serv Insights*. 2022;15:11786329221088694. <https://doi.org/10.1177/11786329221088694>
12. Lukasczek K, Beltz C, Rospleszcz S, Schillok H, Falkai P, Margraf J, et al. Depressive primary care patients' assessment of received collaborative care. *Sci Rep*. 2023;13(1):2329. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-29339-9>
13. Kocher A, Simon M, Dwyer AA, Blatter C, Bogdanovic J, Künzler-Heule P, et al. Patient Assessment Chronic Illness Care (PACIC) and its associations with quality of life among Swiss patients with systemic sclerosis: a mixed methods study. *Orphanet J Rare Dis*. 2023;18(1):7. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02604-2>
14. Desmedt M, Petrovic M, Bergs J, Vandijck, Vrijhoef H, Hellings J, et al. Seen through the patients' eyes: safety of chronic illness care. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(7):916-21. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx137>
15. Center for Health Care Innovation, KP Washington's Learning Health System Program. Improving Chronic Illness Care. The chronic care model[Internet]. Seattle (EUA): MacColl; 2015[cited 2023 Mar 22]. Available from: [https://www.act-center.org/application/files/1616/3511/6445/Model\\_Chronic\\_Care.pdf](https://www.act-center.org/application/files/1616/3511/6445/Model_Chronic_Care.pdf)
16. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559-65. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000300021>
17. Ministério da Saúde (BR). Vigilatel: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015[Internet]. 2015[cited 2022 Dec 15]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2015.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf)
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sistema de Recuperação Automática (SIDRA). Pesquisa Nacional de Saúde. Tabela 4933 - Domicílios cadastrados em unidade de saúde da família, por situação do domicílio [Internet]. 2019[cited 2022 Dec 15]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4933>
19. Moysés ST, Kusma SZ, Schwab GL. Validação transcultural dos instrumentos ACIC E PACIC para avaliação da percepção das equipes e das pessoas usuárias sobre a atenção às condições crônicas. In: Moysés ST, Silveira F, Antonio D, et al. Organizadores. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: OPAS-CONASS; 2012; p.81-101.
20. Moreschi C, Rempel C, Backes DS, Pombo CNF, Siqueira DF, Pissaia LF. Ações das equipes da ESF para a qualidade de vida das pessoas com diabetes. *Cienc Cuid Saude*. 2018;17(2). <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i2.41000>
21. Añel Rodríguez RM, Aibar Remón C, Martín Rodríguez MD. La participación del paciente en su seguridad. *Atenc Prim*. 2021;53:102215. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102215>
22. Rutten GEHM, Vugt HV, Koning E. Person-centered diabetes care and patient activation in people with type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2020;8(2):e001926. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001926>
23. Cho MK, Kim MY. Self-Management nursing intervention for controlling glucose among diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(23):12750. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312750>
24. Rovira C, Modamio P, Pascual J, Armengol J, Ayala C, Gallego J, et al. Person-centred care provided by a multidisciplinary primary care team to improve therapeutic de quacy in poly medicate de elderly patients (PCMR): randomised controll ed trial protocol. *BMJ Open*. 2022;12(2):e051238. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051238>

25. Nordin N, Nairon SM, Yaacob NM, Hamid AA, Isa SAM, Hassan N. Perceived quality of care among people with type 2 diabetes mellitus in the north east region of peninsular Malaysia. *BMC Public Health*. 2021;21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10320-y>
26. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
27. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1:2-4
28. Castro FA, Teixeira CR, Istilli PT, Zanetti AC, Becher TA, Almeida FA. Validação do Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) em diabéticos brasileiros. *Tempus, Actas Saúde Colet*. 2018;11(2):89-102. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i2.2400>
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [cited 2021 Oct. 17]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
30. Moreira DC, Bispo Júnior JP, Nery AA, Carsos JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(12):e00031420. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031420>
31. Saporito BE, Barros DC, Alonso CM, Lafo RF. Analysis of work organization in the Extended Family and Primary Health Care Centers in Rio de Janeiro. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2022;32(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320211>
32. Cruz MJB, Santos A, Macieira C, Abreu DMX, Machado ATG. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. *Cad Saúde Pública*. 2022;38. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088121>
33. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1799-1808. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
34. Paiva Neto FT, Sandreschi PF, Dias MSA, Loch MR. Dificultades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes em un grupo de educación para la salud. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2250. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2250>
35. Qi X, Xu J, Chen G, Liu H, Liu J, Wang J, et al. Self-management behavior and fasting plasma glucose control in patients with type 2 diabetes mellitus over 60 years old: multiple effects of social support on quality of life. *Saúde Qual Life Outcomes*. 2021;19(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01881-y>