



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Planaltina – FUP
Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública – PPGP
Mestrado Profissional em Gestão Pública

FABIANA GARCIA SHIMABUKURO NOVA DA COSTA

**MODELO LÓGICO: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA A
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL**

Brasília – DF
2018

FABIANA GARCIA SHIMABUKURO NOVA DA COSTA

**MODELO LÓGICO: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA A
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Gestão Pública, da Faculdade UnB de Planaltina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Júlia Pantoja

**Brasília – DF
2018**

GSH556m Garcia Shimabukuro, Fabiana
MODELO LÓGICO: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL / Fabiana Garcia
Shimabukuro; orientador Maria Júlia Pantoja. -- Brasília,
2018.
171 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Gestão
Pública) -- Universidade de Brasília, 2018.

1. Avaliação em Políticas Públicas. 2. Modelo Lógico. 3.
Estratégia Saúde da Família. 4. Diabetes Mellitus. I.
Pantoja, Maria Júlia, orient. II. Título.

FABIANA GARCIA SHIMABUKURO NOVA DA COSTA

**MODELO LÓGICO: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA A
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL**

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Maria Júlia Pantoja
Orientadora
PPGP / UnB

Professora Doutora Andréa de Oliveira Gonçalves
PPGCont / UnB

Professor Doutor Mauro Eduardo Del Grossi
PPGP / UnB

Professor Doutor Luiz Honorato da Silva Júnior
PPGP / UnB Suplente

Brasília – DF, 5 de março, 2018.

A Deus.
À minha família querida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me ajudou, cuidou e amparou em todos os momentos.

Ao meu filho amado Henrique Takeshi, meu presente de Deus e razão da minha vida, pela compreensão do tempo dedicado aos estudos e da ausência temporária em seu dia a dia.

Ao meu esposo querido José Maria, que, com amor, sempre esteve ao meu lado e me apoiou, especialmente nos momentos mais delicados.

Aos meus queridos pais, Tomio e Elisabete, exemplos de honestidade, força e perseverança, por sempre me incentivarem a seguir em busca dos meus sonhos, e irmãos, Alessandra e Eduardo, pelo companheirismo.

À minha estimada orientadora, que me apoiou e preparou, com serenidade e sabedoria, com suas preciosas orientações para desenvolver a pesquisa.

À Controladoria Geral do Distrito Federal por me proporcionar a oportunidade de estudar e aprimorar meus conhecimentos profissionais, em especial ao Sandro, ao Ives e à Marcela.

Aos servidores da SES/DF, por compartilharem seus conhecimentos e visões em favor do desenvolvimento do tema.

À Dra. Eliziane Leite e a Dra. Leila Gottens pela disponibilidade em contribuir com suas relevantes observações para aprimorar a pesquisa.

À UnB, minha casa de graduação, pela oportunidade de continuar meus estudos.

Aos membros da Banca Examinadora, Andréa Gonçalves e Mauro Del Grossi, pelas valiosas contribuições essenciais para enriquecer a pesquisa e servir de base para novos *insights*.

Aos professores do PPGP que tanto contribuíram para a minha formação acadêmica e profissional.

Aos colegas do PPGP com quem tive a oportunidade de aprender e compartilhar alegrias e angústias ao longo desses dois anos.

Aos amigos que me incentivaram a iniciar e apoiaram a conclusão do mestrado.

Enfim, agradeço a todos que estiveram presentes nesses dois anos de muito aprendizado e crescimento em que tive a oportunidade de compartilhar uma visão mais ampla da gestão pública no Brasil, em especial na saúde.

*O período de maior ganho em conhecimento e experiência
é o período mais difícil da vida de alguém.*

Dalai Lama

RESUMO

A atual crise econômico-financeira brasileira exige que o governo implemente políticas públicas capazes de fomentar o desenvolvimento social, visando à inclusão social, com oferta de serviços públicos universais de qualidade, especialmente na área da saúde. A avaliação sistematizada pelo modelo lógico pode gerar importantes contribuições para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família na atenção ao Diabetes Mellitus. Em especial, no Distrito Federal, cuja cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família era cerca de 27,70%, em março de 2017. A diversidade de focos, métodos e indicadores específicos torna importante e necessária a implementação de estudos e pesquisas que norteiem uma correta avaliação. Com isso, a construção do modelo lógico constitui-se na primeira etapa avaliativa, pois o entendimento da estrutura do serviço é essencial para a elaboração dos indicadores de avaliação. Este estudo de caso foi realizado por meio da abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, com a realização de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas, que foram estudadas por meio de análise de conteúdo, com onze servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Após a pré-montagem do Modelo Lógico, realizou-se a etapa de validação pelo comitê tradicional, em que foram discutidas as lacunas identificadas no programa e as dúvidas existentes foram dirimidas. Assim, os resultados da pesquisa subsidiaram a construção do Modelo Lógico, que sistematiza o programa, auxilia no planejamento das ações e subsidia a alocação dos recursos orçamentários, financeiros, humanos e tecnológicos. Desse modo, conclui-se que o Modelo Lógico validado favorece a análise das condições de estrutura física, humana e operacionais, essenciais para a melhoria da qualidade da atenção do Diabetes Mellitus à população do Distrito Federal, podendo assim ser utilizado para monitoramento e avaliação da política pública.

Palavras-chave: Avaliação em Políticas Públicas, Modelo Lógico, Estratégia Saúde da Família, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

In Brazil, the current economic crisis demands from the government public policies able of improve social development, seeking social inclusion, through the provision of better universal public services, especially public health. The evaluation systematized by the logical model can generate important contributions to improve the quality of the services provided by the Family Health Strategy in the attention to Diabetes Mellitus. Especially, in the Federal District, whose population coverage by the Family Health Strategy was about 27,70%, in March 2017. The diversity of specific focuses, methods and indicators makes it important and necessary to implement studies and research that guide a correct evaluation. The construction of logical model is the first step for the evaluation, because it is essential to understand services framework to build evaluation indicators. This case study was made through qualitative approach, exploratory and descriptive nature, desk research and semi-structured interviews with eleven employees of Distrito Federal Health Department. After the pre-construction of logical model, it was submitted to a group of experts; during the presentation, some doubt about the program of Family Health Strategy in Diabetes Mellitus Care was overcome. Thereupon, the proposed logical model was considered able for monitoring and evaluation the program. The research's outcomes subsidize the construction of the logical model, which systematizes the program, assists in the planning of actions and subsidizes the allocation of budget, financial, human and technological resources. Finally, it is concluded that the validated Logical Model favors the analysis of the physical, human and operational structure conditions essential for the improvement of the quality of Diabetes Mellitus care to the population of the Federal District, so that it can be used for monitoring and evaluation of public policy.

Keywords: Evaluation of Public Policies, Logical Model, Family Health Strategy, Diabetes Mellitus.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipos de referências bibliográficas utilizadas no presente estudo	26
Figura 2 – Elementos do modelo lógico	40
Figura 3 – Construção de um modelo lógico	44
Figura 4 – Quantidade de artigos publicados em periódicos no período de 2013 a 2017	50
Figura 5 – Classificação dos periódicos com publicações que utilizaram o modelo lógico na avaliação da gestão na saúde, em 2017.	51
Figura 6 - Modelo Lógico da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica	54
Figura 7 - Ilustração das Regiões de Saúde do DF	66
Figura 8 - Exemplo de estrutura de diagrama do modelo lógico	87
Figura 9 – Fluxograma da abordagem do modelo lógico	90
Figura 10 – Modelo Lógico validado	93
Figura 11 - Passo a passo metodológico do autocuidado	116
Figura 12 – Ciclo da Assistência Farmacêutica	125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estrutura de matriz quatro por quatro do marco lógico	49
Quadro 2 - Comparativo entre o modelo de abordagem tradicional e a Estratégia Saúde da Família	69
Quadro 3 - Resumo da metodologia da pesquisa	83
Quadro 4 - Estratificação de risco em Diabetes Mellitus tipo 2	108
Quadro 5 - Frequência para consultas de acompanhamento do paciente diabético com a equipes de Saúde da Família	109
Quadro 6 - Guia de bolso para exame dos pés	112
Quadro 7 – Fatores relevantes de contexto	142

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de óbitos por causa, nos residentes no DF, SES-DF, 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2016	23
Tabela 2 - Comparativo dos dez principais óbitos por causa, nos residentes no DF, SES/DF, 3º quadrimestre, 2015 e 2016	24
Tabela 3 - Distribuição das equipes da ESF e dos ACS no Distrito Federal, por região de saúde, dezembro/2016	64
Tabela 4 – Cobertura das Equipes de Saúde da Família, SES-DF, 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2016	65
Tabela 5 – Cobertura das Equipes de Saúde da Família, em porcentagem, por Região de Saúde, SES-DF, 1º, 2º e 3º quadrimestres, 2016	67
Tabela 6 - Custo da APS nas Regiões de Saúde, por unidade, quantidade, pessoal, materiais, serviços de terceiros, despesas gerais, custo médio mensal, SES-DF, 3º quadrimestre, 2016	68
Tabela 7 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelo DM e local de residência, 2015	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE Agente de Combate às Endemias
ACS Agente Comunitário de Saúde (ACS)
ADA Associação Americana de Diabetes
AIDS Síndrome da Imunodeficiência Humana
ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS Atenção Primária à Saúde
AVE Acidente Vascular Encefálico
BID Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAA Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CCD Coordenação Central de Diabetes
CDS Coleta de Dados Simplificada
CEDOH Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão
CEP Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CF Constituição Federal
CLAD Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento
CLDF Câmara Legislativa do Distrito Federal
CGDF Controladoria-Geral do Distrito Federal
COAPS Coordenação de Atenção Primária à Saúde
CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONEP Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONEVAL Conselho Nacional de Avaliação da Política Social
CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB Departamento de Atenção Básica
DAP Doença Arterial Periférica
DCN Diretrizes Curriculares Nacionais
DCV Doença Cardiovascular
DF Distrito Federal
DIRAPS Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde
DM Diabetes Mellitus
DRC Doença Renal Crônica

DST Doenças Sexualmente Transmissíveis
e-SUS AB e-SUS Atenção Básica
EqSF Equipe de Saúde da Família
ESF Estratégia Saúde da Família
GRADE Sistema Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation
HA Hipertensão Arterial
HbA1c Hemoglobina Glicada
HIV Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM Infarto Agudo do Miocárdio
IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IMC Índice de Massa Corporal
ITB Índice tornozelo-braço
LOS Lei Orgânica da Saúde
MEV Mudança de Estilo de Vida
MS Ministério da Saúde
ML Modelo Lógico
NOAS Norma Operacional de Assistência à Saúde
OCDE Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS Organização Mundial de Saúde
ONU Organizações das Nações Unidas
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
PA Pressão Arterial
PAB Piso de Atenção Básica
PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS Programação Anual de Saúde
PCT Programa de Controle da Tuberculose
PES Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNAN Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PPA Plano Plurianual
PROESF Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PROVAB Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF Programa Saúde da Família

RAS Rede de Atenção à Saúde

RC Rede Cegonha

REME/DF Relação de medicamentos padronizados do DF

SAGE Sala de Gestão do Ministério da Saúde

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCIA Setor Complementar de Indústria e Abastecimento

SCNES Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SES/DF Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SIA Setor de Indústria e Abastecimento

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SISNEP Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

SUS Sistema Único de Saúde

TTG Teste de Tolerância Oral à Glicose

UBS Unidades Básicas de Saúde

VIGITEL Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Objetivos	19
1.1.1	Objetivo geral	19
1.1.2	Objetivos específicos	20
1.2	Justificativa	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	Conceitos de Políticas Públicas	27
2.1.1	Ciclo de Políticas Públicas e Avaliação	28
2.1.2	Classificação da avaliação de políticas públicas	31
2.1.3	Avaliação em saúde	36
2.2	A abordagem do modelo lógico	39
2.2.1	Funções, vantagens e limitações da utilização da abordagem do modelo lógico	41
2.2.2	O modelo lógico teórico e o operacional	43
2.2.3	A construção do modelo lógico	43
2.2.4	Principais usos do modelo lógico	45
2.2.5	Diferenças entre as metodologias do modelo lógico e do marco lógico	48
2.2.6	Evolução das pesquisas com foco no uso do modelo lógico na Gestão Pública da Saúde brasileira	50
2.3	A atenção básica no Brasil	55
2.3.1	Estratégia Saúde da Família	58
2.3.1.1	A Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal	62
3	METODOLOGIA	71
3.1	Tipo de pesquisa	71
3.2	Contexto da pesquisa	71
3.3	Participantes da pesquisa	79
3.4	Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	79
3.5	Análise do conteúdo	82
3.6	Construção do modelo lógico	84
3.6.1	Fase1 – Coleta de Informações	84
3.6.2	Fase 2 – Definição do problema e seu contexto	85
3.6.3	Fase 3 - Identificação dos componentes do modelo lógico	85
3.6.4	Fase 4 – Desenho do modelo lógico	86
3.6.5	Fase 5 - Validação do modelo lógico	88
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	91
4.1	Recursos	94

4.2 Ações e atividades	96
4.3 Produtos	137
4.4 Resultados intermediários	138
4.5 Resultados finais	140
4.6 Fatores de Contexto	142
4.7 Feedback	144
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	145
6 REFERÊNCIAS	150
APÊNDICES	166
APÊNDICE A: Termo de consentimento	166
APÊNDICE B: Roteiro da entrevista	167
ANEXOS	169
ANEXO I - Ficha de avaliação e rastreamento de dor neuropática, perda da sensibilidade protetora e doença arterial periférica para a atenção básica.	169
ANEXO II – Ficha para encaminhamento de órtese e próteses.	171

1 INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 estabeleceu um marco na forma de atuação do Estado brasileiro na promoção de políticas públicas e intervenções na economia com o intuito de assegurar direitos fundamentais e sociais à população. Além disso, a Constituição Cidadã traz a noção do Estado como avaliador além de responsável pela execução dos programas públicos (BRASIL, 1988). Historicamente, a administração pública brasileira não se preocupa em avaliar programas públicos, entretanto há evidências de mudanças, com aumento da avaliação de políticas públicas, especialmente nas sociais (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Neste cenário de transição para um Estado mais proativo na manutenção e na promoção de direitos sociais fundamentais, o art. 6º da Constituição Federal orienta a elaboração de políticas públicas para garantir esses direitos, especialmente na área de saúde (BRASIL, 1988).

O sistema de saúde no Brasil é muito complexo, pois é afetado pela evolução tecnológica e seus custos elevados e pelo envelhecimento da população, que significa um crescente aumento das doenças crônicas, dentre elas o Diabetes Mellitus, que acometem mais os segmentos de maior idade. Seguindo uma tendência mundial, no Brasil, o percentual de jovens de 0 a 14 anos, que era de 42% em 1960, diminuiu para 30% em 2000, e a tendência é cair para 18% em 2050. Diferentemente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e tende a alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens (MENDES, 2012). De modo semelhante, o Distrito Federal teve uma redução da taxa de natalidade. Em 2001, foram registrados 46.967 nascidos vivos no Distrito Federal, e em 2014 esse número passou a 44.538. Nos últimos anos, a taxa de natalidade bruta reduziu de 22,4 em 2001 para 15,6 em 2014. Por sua vez, a expectativa de vida aumentou, variando de 72,3 em 2000 para 77,6 anos em 2015. Com isso, verifica-se um progressivo envelhecimento da população, gerando a necessidade de readequação nas ações de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2016a).

Além disso, com a crise nas finanças públicas, o governo tende a controlar mais e, por vezes, até mesmo extinguir programas em todas as áreas a fim de reduzir custos. Para manter o fornecimento de serviços na saúde, os burocratas passaram a utilizar a avaliação dos programas como forma de orientação na distribuição dos recursos, definindo se um programa irá continuar ou não.

Dentro desse enfoque, a inserção da cultura da avaliação na rotina dos serviços de saúde, com parâmetros e indicadores adequados à realidade da política pública, é um desafio dos gestores da saúde que vem sendo debatido pela sociedade brasileira (FELISBERTO, 2006).

No mesmo sentido, para institucionalizar a avaliação dos serviços de saúde em todos os níveis de gestão, Arretche (2001) relata que se deve aperfeiçoar o monitoramento e a avaliação para subsidiar a tomada de decisões, assim como o planejamento, a programação e a organização da estrutura dos serviços, procurando sempre incluir os burocratas de nível de rua, que são os responsáveis pela execução da política em si. Além disso, a avaliação auxilia, como fonte de reflexão para o aprendizado e o aperfeiçoamento contínuo (BALBIM et al., 2013), tanto a prestação de contas, como a transparência e o controle.

Desse modo, a construção de um modelo lógico, com seus componentes inter-relacionados e influenciados pelo contexto, pode auxiliar na avaliação de políticas públicas. Isso posto, no presente estudo, será analisada a Estratégia Saúde da Família (ESF) criada em 1994 sob o nome de Programa Saúde da Família (PSF) para assegurar o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (AMORIM; ARAÚJO, 2004). Dentre as áreas de atuação da ESF, será dado enfoque ao controle do Diabetes Mellitus, que foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011 no Brasil (ISER et al., 2015). Com isso, pretende-se elaborar uma avaliação sistematizada pelo modelo lógico afim de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção ao Diabetes Mellitus pela ESF.

Diante disso, emerge a questão desta pesquisa: como a avaliação sistematizada pelo modelo lógico contribui para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família na atenção ao Diabetes Mellitus?

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo geral propor uma sistemática de avaliação para a atenção ao Diabetes Mellitus pela Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal com base nas contribuições do modelo lógico de avaliação.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as informações referentes à atenção ao Diabetes Mellitus realizada pela Estratégia de Saúde da Família presentes em documentos, manuais, relatórios dos órgãos de controle e informações em sites, artigos, livros, teses e dissertações;
- Caracterizar a atenção ao Diabetes Mellitus realizada pela Estratégia Saúde da Família em termos de objetivos, resultados, metas e produtos envolvidos;
- Categorizar as informações, relacionando os principais elementos e suas relações causais para construir o modelo lógico da atenção ao Diabetes Mellitus pela Estratégia Saúde da Família;
- Submeter a proposta de avaliação da atenção ao Diabetes Mellitus pela Estratégia Saúde da Família ao comitê tradicional, com especialistas previamente selecionados.

1.2 Justificativa

A atual crise econômico-financeira brasileira requer que o governo implemente políticas públicas capazes de fomentar o desenvolvimento social, procurando promover a inclusão social, com oferta de serviços públicos universais de qualidade, especialmente na área da saúde. Assim, a Administração Pública deve ater-se ainda mais aos princípios da eficácia, eficiência, efetividade e economicidade na aplicação de recursos. Para medir o desempenho das políticas públicas implementadas, seguindo esses princípios, deve-se implementar a cultura da avaliação. Entretanto, isso não basta. Após implementar a cultura da avaliação, os dados confiáveis, válidos e completos devem estar disponíveis para que a avaliação seja realizada tanto pelo governo como pela sociedade (VALLE, 2016).

A questão da avaliação do desempenho nas organizações públicas é uma temática que ocupa, ao longo das últimas décadas, pesquisadores, teóricos e, sobretudo, aqueles que estão investidos na gestão pública. De acordo com Secchi (2014, p. 65), “os mecanismos de avaliação ou controle criam referências e permitem uma comparação espacial e temporal do problema e das políticas públicas”. Além disso, a avaliação pode aumentar de forma significativa a sensibilidade e a percepção que os atores políticos têm sobre a política pública a fim de melhorá-la.

No mesmo sentido, Felisberto (2004) também ressalta que a avaliação de políticas e programas de saúde possuem diversos focos, métodos e indicadores específicos, sendo

necessário o incremento de estudos e pesquisas que subsidiem a construção e o desenvolvimento de sistemas confiáveis e fidedignos de avaliação.

O aumento da utilização da avaliação deve-se também às suas vantagens. Dentre elas, destaca-se que a divulgação de seus resultados subsidia o debate técnico e reforça a transparência das intervenções, além de auxiliar os gestores nas tomadas de decisões (BALBIM et al., 2013).

Apesar da sua importância, no Brasil, a cultura da avaliação iniciou-se de forma tardia em relação aos países mais centrais. Apesar desse relativo atraso, tanto o meio acadêmico como o governo federal manifestaram um crescente interesse pela avaliação (COSTA; CASTANHAR, 2003). Por exemplo, no meio acadêmico, Jannuzzi, Miranda e Silva (2009) destacam que há um número crescente de pesquisadores, com diferentes formações, desenvolvendo ferramentas que contribuam para o aperfeiçoamento da avaliação de políticas públicas em todo o país.

Por sua vez, no governo federal, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão passou a utilizar o modelo lógico para aperfeiçoar o desenho dos programas do Plano Plurianual (PPA) do governo federal (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). Além de auxiliar no desenho, a construção do modelo lógico constitui-se na primeira etapa da avaliação, pois o entendimento da estrutura do serviço é essencial para a elaboração dos indicadores de avaliação (BUENO; CORDONI JÚNIOR; MESAS, 2011).

A abordagem do modelo lógico conduz o processo de avaliação de resultados e facilita no desenho metodológico da avaliação de modo que as relações causais definidas sejam devidamente estudadas (MENESES, 2007). A apresentação do modelo pode ser um diagrama com os vínculos causais entre o que o programa deve produzir e o resultado a ser alcançado. Além disso, pode ser aplicado a qualquer programa durante o planejamento, a implementação, a gestão e a avaliação.

No mesmo sentido, Costa e Castanhar (2003) defendem que a avaliação será mais útil se conseguir estabelecer relações causais entre atividades e produtos; e entre produtos e resultados, que irão produzir o impacto planejado.

Dentro desse enfoque, por volta dos anos 2000, o Ministério da Saúde (MS) encomendou estudos relacionados à avaliação das suas políticas públicas devido à exigência de financiadores externos e à conscientização de responsabilização dos gestores (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Destaca-se que na área da saúde, a avaliação ganha mais importância devido à incorporação contínua de novas tecnologias, ao desenvolvimento e a complexidade da

estrutura dos serviços de saúde e à necessidade de ter o melhor custo-benefício dos serviços prestados (CÉSAR; TANAKA, 1996).

Além disso, a avaliação das políticas públicas no Ministério da Saúde mostra-se cada vez mais importante e essencial para o melhor desempenho da execução das políticas públicas federais na área da saúde, que só em 2016 gastaram mais de 103 bilhões de reais, sendo o setor com maior despesa na área federal¹. Desse total, cerca de 19,7 bilhões de reais foram direcionados à atenção básica, na qual está inserida a Estratégia Saúde da Família.

A ESF foi criada em 1994 com o nome de Programa Saúde da Família, tendo como embrião o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A ESF é composta por equipes de saúde da família (EqSF) multiprofissionais que atendem, no Distrito Federal, até 4.000 pessoas, conforme a vulnerabilidade (DISTRITO FEDERAL, 2017c). Destaca-se que até março de 2017, estimou-se uma cobertura de 59,74% da população brasileira pelas equipes da ESF². A ESF é uma política antiga e que está presente em todo o Brasil, sendo essencial avaliar qual é a sua real efetividade.

No Distrito Federal, a Estratégia Saúde da Família ganhou maior destaque com a sua inclusão no Eixo 01 – Modelo de Atenção, diretriz “Ampliação e qualificação das ações de saúde a toda população em suas necessidades específicas”, que faz parte do objetivo de fortalecer a política de Atenção Primária à Saúde com foco na expansão da Estratégia Saúde da Família na Programação Anual de Saúde de 2016 (PAS-2016) (DISTRITO FEDERAL, 2017b).

No mesmo sentido, a Portaria n.º 78, de 14 de fevereiro de 2017, trata da conversão do atendimento tradicional das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o modelo da ESF, expandindo a ESF (DISTRITO FEDERAL, 2017d).

Diante desse contexto de expansão da ESF no Distrito Federal, será dado enfoque à atenção da ESF ao Diabetes Mellitus, que é uma das áreas estratégicas básicas da ESF.

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica não transmissível. As quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, Diabetes Mellitus e doenças do aparelho respiratório) foram responsáveis por 42% das mortes prematuras (quando ocorrem entre 30 e 69 anos) no mundo, em 2012. Especificamente no

¹ MTCGU. 2016. Disponível em:

http://www.portaldatransparencia.gov.br/PortalFuncoes_Detalhe.asp?Exercicio=2016&codFuncao=10. Acesso em: 10 dez. 2017.

² Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2017.

Distrito Federal, essas 4 doenças são responsáveis por 46% de óbitos em todas as faixas etárias (DISTRITO FEDERAL, 2017e).

Nos países em desenvolvimento, a incidência de Diabetes Mellitus vem aumentando de forma significativa, tanto em adultos quanto em adolescentes. Em 2015, estimou-se um aumento de 60% da prevalência na população adulta acima de 30 anos, com maior significância entre os 45 e 64 anos (MARASCHIN et al., 2010). Para 2030, estima-se que a prevalência no Brasil seja de 11,3%, tal aumento decorrerá provavelmente dos hábitos alimentares e do estilo de vida da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003 apud BRASIL, 2013b).

No Brasil, Iser et al. (2015) destacam que o Diabetes Mellitus foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011, com taxa de mortalidade de 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes, no período de 2000-2011. Isso posto, verifica-se que o Diabetes Mellitus é uma doença que deve ser diagnosticada, controlada e tratada.

No Distrito Federal, o Diabetes Mellitus é a quinta causa de óbito mais frequente no ano de 2016, atrás apenas de doenças cerebrovasculares, homicídios, pneumonias e infarto agudo do miocárdio. Na tabela 1 – Número de óbitos por causa, nos residentes no DF, SES-DF, 1º, 2º e 3º quadrimestres de 2016, verifica-se que houve uma redução de óbitos de 11,45% no 2º quadrimestre em relação ao 1º quadrimestre, mas ocorreu um aumento de óbitos de 5,4% no 3º quadrimestre em relação ao 2º quadrimestre, sendo a média de 156 óbitos no ano de 2016 (DISTRITO FEDERAL, 2017b).

Tabela 1 – Número de óbitos por causa, nos residentes no DF, SES-DF, 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2016.

Causas	1º quadrimestre	2º quadrimestre	3º quadrimestre	Média	Total
Doenças cerebrovasculares	371	385	275	344	1.031
Agressões (homicídios)	278	221	243	247	742
Pneumonias	178	178	202	186	558
Infarto agudo do miocárdio	252	238	200	230	690
Diabetes mellitus	166	147	155	156	468

Fonte: Adaptado de DF, 2017b, RAQ 3º Quadrimestre/2016, p.157-158.

Outro dado importante refere-se ao aumento de 18% nos óbitos causados por Diabetes Mellitus no 3º quadrimestre de 2016 comparado ao mesmo período em 2015, sendo o segundo maior aumento de óbitos, atrás apenas de causas “mal definidas”, que aumentou 452%, conforme Tabela 2 - Comparativo dos dez principais óbitos por causa, nos residentes no DF, SES/DF, 3º quadrimestre, 2015 e 2016. (DISTRITO FEDERAL, 2017b).

Tabela 2 - Comparativo dos dez principais óbitos por causa, nos residentes no DF, SES/DF, 3º quadrimestre, 2015 e 2016.

Causas	3º quadrimestre 2015	3º quadrimestre 2016	Comparativo
Doenças cerebrovasculares	289	275	-5%
Agressões (homicídios)	239	243	2%
Pneumonias	220	202	-8%
Infarto agudo do miocárdio	215	200	-7%
Mal definidas	31	171	452%
Diabetes mellitus	131	155	18%
Acidente de transp. Terrestre	136	139	2%
Bronquite, enfisema, asma	119	113	-5%
Neoplasia de brônquios e pulmão	94	90	-4%
Doenças hipertensivas	87	84	-3%

Fonte: RAQ 3º Quadrimestre/2016, p.160.

Desse modo, os resultados obtidos no presente estudo pretendem trazer contribuições à Administração Pública do Distrito Federal, pela testagem e a implementação de métodos mais eficientes de avaliação das políticas públicas na saúde, e ao meio acadêmico, por meio da produção de conhecimentos científicos sobre o tema.

Assim sendo, este projeto de pesquisa constitui oportunidade de contribuir para minimizar uma lacuna teórica, aprofundando a discussão sobre a avaliação, sistematizada pelo modelo lógico, da atenção ao Diabetes Mellitus pela Estratégia Saúde da Família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, procurou-se apresentar os conceitos sobre políticas públicas e a abordagem do modelo lógico, bem como contextualizar o uso desse enfoque no campo de avaliação de políticas públicas na saúde e atenção básica no Brasil com foco na Estratégia Saúde da Família. O capítulo está estruturado nas seguintes partes: pesquisa bibliográfica com as etapas utilizadas para a construção do referencial teórico e a revisão de literatura; contextualização das políticas públicas na saúde com os principais conceitos, o ciclo e o detalhamento da avaliação em saúde; abordagem do modelo lógico com conceito, funções, vantagens e limitações da metodologia, diferenças entre o modelo lógico e o marco lógico e contribuições do modelo lógico nas pesquisas de políticas públicas na saúde; a atenção básica no Brasil; o histórico e a estrutura da ESF e a ESF no Distrito Federal.

A revisão do presente estudo tem como objetivo fornecer ao leitor fundamentação abrangente para a compreensão do conhecimento atual e realçar a importância de novas pesquisas. Esse tipo de revisão de literatura pode também ajudar o pesquisador a determinar ou definir questões de pesquisa ou hipóteses, e ainda ser útil no desenvolvimento de quadros conceituais ou teóricos (CRONIN; RYAN; COUGLAN, 2008).

Para esta revisão da literatura foi aplicada a sequência de três passos de pesquisa da abordagem estruturada para seleção do material de acordo com Webster e Watson (2002).

1 – Pesquisa em bases de dados: as maiores contribuições devem estar nos principais periódicos/revistas, por isso iniciou-se a pesquisa em bases de dados que auxiliam na identificação de artigos relevantes, fazendo uma varredura dentro o conteúdo da revista por meio do uso de descritores (WEBSTER; WATSON, 2002).

O presente estudo trata de tema multidisciplinar, podendo estar localizado em periódicos de diversas áreas como Ciências Políticas, Gestão Pública, Ciências Sociais Aplicadas, Administração, Economia, Saúde, entre outras. Desse modo, a pesquisa foi realizada na base de dados Periódicos CAPES.

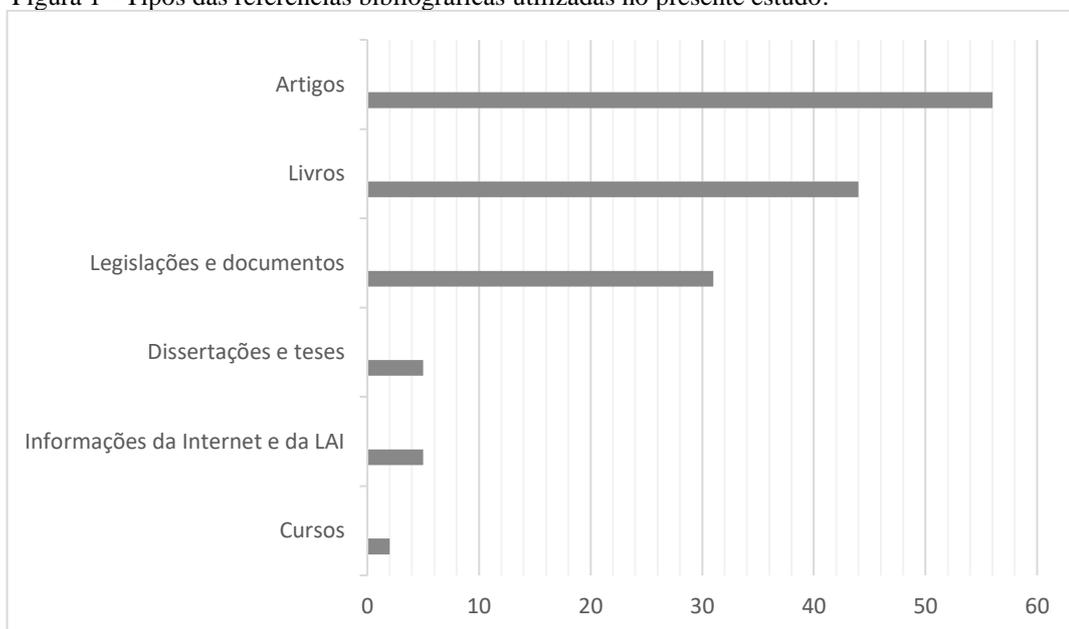
2 – Vá para trás: nesse passo foram revistos as citações dos artigos identificados na etapa 1 para determinar quais artigos citados devem ser considerados (WEBSTER; WATSON, 2002). Assim, foram analisadas as referências dos artigos selecionados na primeira etapa, identificando estudos relevantes.

3 – Vá em frente: trata-se de identificar artigos citando os artigos-chave identificados nas etapas anteriores e, assim, determinar quais desses artigos devem ser incluídos na revisão (WEBSTER; WATSON, 2002). Para atingir essa etapa de ampliação dos

resultados, pode ser utilizada a ferramenta Google Acadêmico, que realiza uma pesquisa de grande amplitude, buscando resultados em diversas bases científicas. Assim, a pesquisa nessa base possibilita identificar citações dos artigos pesquisados (selecionados nas etapas anteriores), bem como artigos relacionados.

Após a pesquisa realizada seguindo as três etapas apresentadas, foram selecionados artigos para compor esta revisão da literatura. Os critérios de seleção dos artigos estão relacionados à análise prévia do título, do resumo e das palavras-chave, bem como ao foco de análise do estudo, que recaiu sobre a temática de avaliação da política pública atenção ao Diabetes Mellitus pela ESF com base na metodologia do modelo lógico.

Figura 1 - Tipos das referências bibliográficas utilizadas no presente estudo.



Fonte: Referências bibliográficas, elaborada pela autora.

Por fim, a revisão de literatura pautou-se em 143 referências dentre artigos publicados em periódicos científicos, livros, legislações e documentos relacionados ao tema, teses e dissertações de programas de pós-graduação *stricto sensu* voltados para o tema, informações da internet e da lei de acesso à informação e cursos. Verifica-se na Figura 1 - Tipos de referências bibliográficas utilizadas no presente estudo que as fontes bibliográficas mais utilizadas foram artigos, seguidos de livros e legislações e documentos emitidos por órgãos e entidades.

2.1 Conceitos de Políticas Públicas

As pesquisas em política pública, conhecidas como *policy science*, começaram no início dos anos 1950, nos Estados Unidos, durante a Era Progressista, comandada por Herbert Croly e os presidentes Theodoro Roosevelt e Woodrow Wilson. Vinte anos depois, no início dos anos 1970, é que a Europa, em especial a Alemanha, inicia os estudos no campo de políticas públicas com foco nas teorias explicativas sobre o papel do Estado e suas instituições (FREY, 2000; SOUZA, 2006; SECCHI, 2016). Para Faria (2005), inicialmente os estudos eram voltados para a própria definição do termo políticas públicas.

Por sua vez, para Amorim e Boullosa (2013), o termo política pública possui inúmeras definições e conceitos associados, não existindo consenso na literatura. Segundo os autores, essa diversidade de conceitos é resultado da multidisciplinariedade do campo de públicas, que possui contribuições da ciência política, economia, sociologia, administração pública e teoria das organizações. Souza (2006) relata que o campo de políticas públicas, possui quatro fundadores: Harold Laswell, Herbert Simon, Charles Lindblom e David Easton.

A definição de Laswell (1936) é uma das mais conhecidas e utilizadas no meio acadêmico. O autor esclarece que as políticas públicas devem responder às seguintes questões: quem ganha o quê? Por quê? E que diferença faz a sua adoção? Além dessas questões, Laswell (1936) indica que o conhecimento acadêmico deve combinar com as ações dos governos, estabelecendo um canal de comunicação entre pesquisadores, grupos de interesse e governo.

Simon (1957 apud SOUZA, 2006) acrescentou o conceito de racionalidade limitada dos tomadores de decisão, sendo a racionalidade limitada por questões de assimetria da informação, como informação incompleta ou imperfeita; prazo para decidir e interesse próprio dos decisores. Assim, a decisão dependerá do julgamento das possibilidades e da importância relativa dos diversos objetivos. Esse modelo racional contrapõe-se ao modelo incremental, pois parte do pressuposto de que os tomadores de decisão conhecem o problema como um todo, estabelecendo os valores que serão maximizados e quais as melhores alternativas. Nesse modelo, a decisão é mais lenta, pois necessita de um levantamento mais detalhado das informações sobre cada tema, com o estudo das alternativas e suas consequências (RUA, 1998).

Lindblom (1959) sugeriu a inclusão de outros elementos na formulação e análise de políticas públicas, além das variáveis relativas à racionalidade, tais como as relações de

poder e sua interação nas etapas do processo decisório e o papel das burocracias e grupos de interesse. Para o autor, há um jogo de poder com várias técnicas utilizadas pelos *stakeholders*, envolvendo análise, argumentação e persuasão.

Easton (1965) introduziu o conceito de sistema político, resultado do processamento de *inputs* provenientes do ambiente e de *withinputs*, que são demandas provenientes do sistema político. Para o autor, tanto os *inputs* como os *withinputs* podem indicar demandas e suportes que não precisam estar vinculados a uma demanda ou política específica. No entanto, para cumprir os objetivos do governo, os *inputs* de apoio devem possuir algum vínculo com as políticas públicas (RUA, 1998).

Outros autores também elaboraram definições para o termo política pública, que não invalidam as existentes, mas as complementam ou simplificam. Lynn (1980 apud SOUZA, 2006) preconiza que política pública é uma série de atividades do governo que produzem resultados específicos. De forma simplificada e baseando-se numa abordagem centralizada no governo, Dye (1984) relaciona política pública com a ação ou a inércia do governo, ou seja, o governo escolhe o que fazer ou não fazer. De forma diversa, Amorim e Boullosa (2013), sob perspectivas pluralistas, destacam que as políticas públicas não são atividades exclusivas do Estado, este, entretanto, continua sendo um ator estratégico, com responsabilidades legais e recursos destinados à sua implementação. As políticas públicas são constituídas a partir das contribuições e da interação entre diversos *stakeholders* num ambiente sociopolítico, com regras e dinâmicas próprias.

Diante de tantas definições, Souza (2006) ressalta que para estabelecer a teoria geral do campo de políticas públicas é necessário agregar o conhecimento das teorias já consolidadas de outros campos, tais como ciência política, economia, sociologia e administração.

Para Lucchese (2004, p. 3), as políticas públicas podem ser definidas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”.

2.1.1 Ciclo de Políticas Públicas e Avaliação

Além de elaborarem as definições de políticas públicas, pesquisadores estudaram a melhor forma de entender a dinâmica das políticas públicas. Rua (2009) considera a compreensão do ciclo de políticas públicas a melhor maneira de explicar essa dinâmica.

Por sua vez, Amorim e Boullosa (2013) destacam que o ciclo de políticas públicas foi muito criticado por seu caráter funcionalista e racional, sendo considerado um tipo ideal. As fases ocorrem de forma não-linear e simultaneamente. Entretanto, o ciclo permite perceber a complexidade e a especificidade de cada fase, sendo uma referência na análise de políticas públicas (AMORIM; BOULLOSA, 2013).

Para Secchi (2014), a compreensão da política pública em forma de ciclo é uma maneira de traduzir o processo de forma contínua, um meio de visualizar e analisar a política pública em sequências organizadas. Dessa maneira, é possível estruturar as etapas de uma política pública, além de entender as diversas intervenções em seu desenvolvimento.

Drumond, Silveira e Silva (2014) esclarecem que, com algumas alterações, são cinco as etapas identificadas na literatura como componentes do ciclo político: identificação do problema, definição de agenda, elaboração da política, implementação, monitoramento e avaliação.

Por sua vez, Secchi (2014) escolhe utilizar uma análise que segrega o ciclo de políticas públicas em sete fases: identificação do problema, formação de agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção.

Destaca-se que, embora o tema do ciclo de políticas públicas seja comumente relatado na literatura, há autores que criticam a divisão em fases do ciclo político. Em resposta a esses críticos, Costa e Castanhar (2003) explicam que não há divisão de fase para a avaliação, pois ela não está restrita à etapa final do ciclo, sendo uma atividade permanente, sistemática e objetiva. O objetivo da avaliação é orientar os tomadores de decisão quanto à continuidade, a necessidade de correções ou, se necessário, a suspensão da política pública ou do programa.

Ainda, para Secchi (2014), o modelo pode ser útil para organizar as ideias na complexidade das políticas públicas. Apesar disso, o autor destaca a dificuldade dessa aplicação na vida real.

Apesar do ciclo de políticas públicas ser um modelo idealizado, Rezende e Jannuzzi (2008) defendem que ele busca evidenciar, ao longo do processo, as diferenças no planejamento, na operação ou na avaliação dos programas. Os autores destacam que as etapas não são estanques, de modo diverso, ocorrem muitas vezes concomitantemente, sendo a fase de avaliação, um processo que permeia todas as etapas do ciclo de políticas públicas. Assim, em vez de empregar apenas o termo avaliação, mais adequado é denominar a fase de monitoramento e avaliação (RUA, 2004 apud REZENDE e JANNUZZI, 2008).

No mesmo sentido, Jannuzzi (2005, p. 155) afirma que:

Monitoramento e avaliação são processos analíticos organicamente articulados, sucedendo-se no tempo, com o propósito de subsidiar o gestor público com informações acerca do ritmo e da forma de implementação dos programas (indicadores de monitoramento) e dos resultados e efeitos almejados (indicadores de avaliação).

Por seu turno, Ramos e Schabbach (2012) definem avaliação como um instrumento essencial para a melhoria da eficiência da despesa pública, da qualidade da gestão e do controle social sobre a efetividade das políticas públicas governamentais.

Segundo Champagne et al. (2011a, p. 43), a Sociedade Canadense de Avaliação, criada em 1985, introduziu a questão da pertinência à definição de avaliação. A sociedade define avaliação como “análise de uma ação fundamentada, visando a certos objetivos, em termos de pertinência, implantação e resultados”.

Por sua vez, Secchi (2014, p. 63) destaca que:

A avaliação é a fase do ciclo de políticas públicas em que o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que gerou. É o momento-chave para a produção de *feedback* sobre as fases antecedentes.

Valle (2016) destaca que o monitoramento e a avaliação tornaram-se um componente importante da formulação de políticas públicas no México, além de ajudar os decisores a identificar janelas de oportunidade para melhorar a concepção e o funcionamento do Prospera, um programa de transferência de renda implementado em 1997 para reduzir a pobreza extrema de um quarto da população do México.

Dessa forma, verifica-se que a avaliação pode aumentar de forma significativa a sensibilidade e a percepção que os atores políticos têm sobre a política pública a fim de aprimorá-la. Além disso, Trevisan e Van Bellen (2008) destacam que os resultados das avaliações servem para divulgar e fomentar o debate público sobre as alternativas de políticas públicas para melhorar a realidade social.

Dada a grande importância da avaliação no contexto internacional, Ramos e Schabbach (2012) elencam os organismos internacionais de cooperação e financiamento que elaboraram propostas de avaliação na última década, entre eles: Organizações das Nações Unidas (ONU), Banco Mundial (World Bank), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) e Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD).

No Brasil, Ramos e Schabacch (2012) ensinam que as avaliações ganharam importância a partir dos anos 1990 devido: à crise fiscal que diminuiu a capacidade de gastos e pressionou por uma maior eficiência; à redução das receitas públicas; ao aumento do exercício da democracia; à busca por políticas sociais para combater a desigualdade social; à falta de estrutura da função de planejamento; à redução do auxílio externo e à pressão dos organismos internacionais para medir os resultados das políticas públicas por eles financiados.

Para destacar o caráter eminentemente político da avaliação de políticas públicas, Faria (2005) distingue quatro tipos de uso da avaliação: (a) instrumental, (b) conceitual, (c) como instrumento de persuasão; e (d) para “esclarecimento”. Para o autor, o uso como instrumento depende da adequada divulgação de seus resultados, de sua inteligibilidade e da exequibilidade das recomendações, além da qualidade da avaliação.

No tipo de uso conceitual, Faria (2005) destaca que seu uso é restringido aos técnicos responsáveis pelo programa, que normalmente não possuem um maior poder de decisão. Dessa forma, os resultados da avaliação podem mudar a compreensão dos técnicos acerca da natureza, do modo de operação e do impacto do programa.

O terceiro uso para avaliação é como instrumento de persuasão. Faria (2005) explica que ele é utilizado para impulsionar o apoio que os tomadores de decisão têm sobre as alterações indispensáveis na política pública. O objetivo é consolidar uma posição e angariar novos defensores para as mudanças almejadas.

O quarto e último uso definido por Faria (2005) é para “esclarecimento”. Nesse uso, o autor ressalta que o acúmulo de conhecimento proveniente de várias avaliações e os impactos sobre as redes de profissionais, formadores de opinião e *advocacy coalitions* influenciam a agenda do governo.

Por sua vez, Ramos e Schabbach (2012) enumeram outras funções da avaliação: aprimorar o processo de tomada de decisão, alocação adequada dos recursos e promoção da responsabilização por decisões e ações dos governantes (*accountability*) perante a sociedade. Além disso, a avaliação facilita o desenho de políticas públicas mais consistentes, com melhor resultado e uso dos recursos públicos e simplifica a compreensão das políticas e das ações do Estado, proporcionando o seu aprimoramento.

2.1.2 Classificação da avaliação de políticas públicas

Outro aspecto estudado refere-se às diversas classificações da avaliação de políticas públicas. Ramos e Schabbach (2012) agrupam a avaliação em diversos tipos, que não

se excluem. O primeiro tipo refere-se ao posicionamento do avaliador no processo de avaliação. A avaliação é externa quando o avaliador não pertence à instituição responsável pela política pública. As vantagens são isenção e objetividade dos avaliadores e possibilidade de comparar os resultados com outras políticas similares. Como desvantagem, as autoras relatam a dificuldade de acesso aos dados, com fornecimento de informações parciais que podem influenciar o efeito da política. Valle (2016) destaca a importância da avaliação externa no México. Logo após a implementação do programa Prospera, o Congresso determinou que todos os programas com regras de funcionamento deviam ser avaliados anualmente por avaliadores externos. Com isso, o número de avaliações saltou de um dígito para mais de cem em 2001 e nos anos subsequentes. Além disso, no México, a Lei de Desenvolvimento Social e a criação do Conselho Nacional de Avaliação da Política Social (CONEVAL) em 2004 institucionalizaram ainda mais a avaliação. O CONEVAL foi concebido como uma instituição autônoma cuja missão era medir os resultados da redução da pobreza a nível nacional e coordenar a avaliação dos programas sociais pelo governo federal. A sua independência e capacidades técnicas permitiram-lhe avançar na construção do sistema de monitoramento e avaliação do setor social. A experiência do CONEVAL tornou-se um ponto de referência para outros países em desenvolvimento que realizam reformas de Monitoramento e Avaliação.

Por outro lado, Ramos e Schabbach (2012) explicam que a avaliação é interna quando o avaliador pertence à instituição. Como vantagens, as autoras citam: maior colaboração dos participantes da política pública; ausência de resistência natural ao avaliador externo e possibilidade de reflexão e compreensão das atividades da instituição. No que se refere à desvantagem, verifica-se a diminuição da objetividade, pois os avaliadores participam da formulação e da execução da política pública. No mesmo sentido, Arretche (1998) chama atenção para a dificuldade de manter a neutralidade nas avaliações internas, embora destaque que é impossível uma neutralidade absoluta.

Para diminuir a subjetividade, Cunha (2006) recomenda que a avaliação interna seja realizada por servidores que não estão diretamente ligados à política pública. Com o objetivo de maximizar as vantagens e diminuir as desvantagens das avaliações interna e externa, Cunha (2006) sugere o uso da avaliação mista, que combina os dois tipos.

Outra classificação relatada por Ramos e Schabbach (2012) refere-se à finalidade da avaliação, que pode ser formativa ou somativa. As formativas são orientadas para a análise e a apresentação de informações, proporcionando elementos para corrigir possíveis falhas. Por outro lado, as avaliações somativas relatam análise e produção de informações sobre a

implementação e as fases seguintes. As avaliações somativas são realizadas quando a política já está em execução e são utilizadas para verificar o alcance das metas previstas. Para Cunha (2006), elas podem facilitar as comparações entre diferentes políticas públicas por analisarem as relações entre processo, resultados e impacto.

De acordo com Khander et al. (2010), existem dois tipos de avaliação quanto ao momento de sua realização: *ex ante* e *ex post*. Para Cunha (2006), a avaliação *ex ante* é feita antes do início da política pública, com o objetivo de dar suporte à decisão de implementá-la ou não. No mesmo sentido, Ramos e Schabbach (2012) relatam que a avaliação *ex ante* realiza um diagnóstico da situação, ao mapear as necessidades e realizar estudos de viabilidade que influenciarão a formulação da política. Essa avaliação também analisa o custo-benefício e o custo-efetividade, com o intuito de melhor alocar os recursos públicos aos objetivos propostos. Khander et al. (2010) destacam a importância de se efetuar estudos futuros que envolvam simulações com base no funcionamento da economia para prever os possíveis benefícios e problemas da política pública. Sugerem o uso do modelo estrutural, para, por exemplo, identificar os principais agentes envolvidos, bem como suas relações com as diferentes situações que determinam os resultados da política.

De forma diversa, Khander et al. (2010) relatam que a avaliação *ex post* mede os impactos, atribuídos à política, nos beneficiários. Esse tipo de avaliação possui reflexo na realidade; no entanto, algumas vezes são perdidos os mecanismos subjacentes do impacto da política sobre a população. Outra desvantagem relatada pelos autores refere-se ao custo da avaliação *ex post* em relação à *ex ante*, pois a *ex post* requer coleta dos resultados atuais tanto de beneficiários como não beneficiários (grupo de controle) da política, além de considerar fatores sociais e econômicos que podem influenciar os resultados da intervenção.

No mesmo sentido, Ramos e Schabbach (2012) argumentam que a avaliação *ex post* ajuda na decisão de continuidade ou não da política, com base nos resultados aferidos. Se decidirem pela continuidade da política, as autoras explanam que os tomadores de decisão podem optar pela manutenção da formulação original ou se são necessárias modificações, com redefinição de objetivos, propostas e atividades. Para Ramos e Schabbach (2012), a avaliação *ex post* é a mais desenvolvida metodologicamente e a que tem maior aplicação.

Por sua vez, Trevisan e Van Bellen (2008) destacam que as avaliações *ex post* procuram trabalhar com impactos e processos, avaliando a eficácia e o julgamento geral da política pública. Para um melhor aproveitamento desses dois tipos de avaliação, Khander et al. (2010) sugerem comparar a análise estimativa da avaliação *ex ante* com os resultados da

avaliação *ex post*. Para os autores, essa abordagem pode explicar como os benefícios da política surgem, especialmente se a política é executada em diferentes fases.

Quanto à metodologia, a avaliação pode ser quantitativa ou qualitativa. A avaliação quantitativa “possibilita a quantificação e o dimensionamento do universo pesquisado, sendo os dados coletados, analisados e apresentados estatisticamente” (BOCCATO; FUJITA, 2006, p. 269). No que se refere à avaliação qualitativa, Minayo (2011) afirma que, na qualitativa, busca-se analisar a importância das representações, das crenças, das emoções e das relações no desenvolvimento da intervenção, fundamentando-se nos valores, nas injunções políticas e nas relações humanas que motivam a realização dos projetos e programas. A autora também destaca que a avaliação quantitativa e a qualitativa se complementam, pois considera que sempre há ações quantificáveis e sempre existe implicação subjetiva nas ações humanas.

Cohen e Franco (2004) relatam existir duas modalidades referentes aos tipos de problemas que pretendem responder, e são elas avaliação de processo e avaliação de resultados e de impacto. A avaliação de processo busca identificar dificuldades ao longo do processo, com o intuito de efetuar correções ou ajustes. Essa avaliação identifica os conteúdos do programa, se está sendo executado conforme proposto e se os beneficiários estão bem distribuídos. Ela realça os fatores que influenciam a implementação e, caso necessário, promovem mudanças (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Diferentemente, a avaliação de resultados avalia em que medida o programa alcançou os objetivos e quais foram seus impactos e consequências, verificando se houve modificações na situação-problema que originou a formulação da política. Aprofundando nos objetivos, os resultados são medidos com a avaliação de impacto, que correlaciona o nexo causal com os resultados da implantação da política (RAMOS; SCHABBACH, 2012). Em complemento, Balbim et al. (2013, p. 7) esclarecem que:

Uma orientação de um processo de avaliação de resultados deve ser clara: aprimorar o programa do governo federal, possibilitando aos estados e os municípios, executores das intervenções, uma leitura pormenorizada das ações empreendidas, municiando-os de informações cruciais para a correção e o aprimoramento das ações, em busca da sustentabilidade e efetividade das intervenções.

Destaca-se que na literatura há autores que diferenciam avaliação de resultado da de impacto (COSTA; CASTANHAR, 2003; COTTA, 1998). Costa e Castanhar (2003) chamam de avaliação de resultados aquela que utiliza os indicadores de resultado para mensurar o efeito do programa, diferenciando-a da avaliação de impacto, que verifica se o propósito foi alcançado.

Quanto à pergunta avaliativa, Champagne et al. (2011a) lecionam que qualquer programa pode ser objeto de dois tipos de avaliação: avaliação normativa ou pesquisa avaliativa. A avaliação normativa utiliza critérios e normas para avaliar cada um dos componentes da política, por meio de um processo de verificação de conformidade. Na mesma linha, Figueiró, Frias e Navarro (2010) destacam que na avaliação normativa há um julgamento sobre a intervenção, comparando os recursos empregados e sua estrutura organizacional, os serviços ou os bens produzidos e os resultados obtidos com as normas e os critérios pré-existentes. Por sua vez, a pesquisa avaliativa requer um procedimento científico para analisar e entender as relações de causalidade entre os diferentes componentes do programa. No mesmo sentido, Vieira-da-Silva (2005) destaca que a pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da elaboração de uma pergunta não respondida na literatura. Segundo Simões (2016), a pesquisa avaliativa pode ser subdividida em três tipos de avaliação com duas técnicas de análise em cada subtipo conforme a pergunta avaliativa, ou seja, o que se avalia. São eles avaliação de diagnóstico (análise estratégica e análise lógica), avaliação de processo (análise de produção e análise de implementação) e avaliação de utilidade (análise de efeitos e análise da eficiência). Assim, conforme Simões (2016):

Análise estratégica: analisa a pertinência e a possibilidade de se intervir para resolver um problema que se quer resolver.

Análise lógica: analisa o mérito da intervenção do ponto de vista de seu modelo teórico (hipóteses causais) e do modelo operacional (hipóteses de intervenção).

Análise de implementação: analisa a relação entre a intervenção (estrutura, processos e contexto) e os efeitos esperados.

Análise de produção: analisa a relação insumos-produtos (bens/serviços) quanto à qualidade e produtividade.

Análise dos efeitos: analisa as consequências da intervenção (seus resultados sociais esperados e não esperados)

Análise da eficiência: analisa a relação entre recursos e efeitos observados.

Por seu turno, Faria (2005) destaca a subordinação do uso gerencial da avaliação, com sua capacidade de encerrar, reiniciar ou revitalizar o ciclo das políticas às questões políticas e às estratégias dos burocratas. Do mesmo modo, Ramos e Schabbach (2012) ressaltam que a avaliação abrange aspecto qualitativo quando inclui componentes de valor e de julgamento, não sendo apenas um simples acompanhamento das ações do governo (FARIA, 2005).

Assim, classificamos a presente pesquisa da seguinte forma: quanto ao posicionamento do avaliador no processo de avaliação é externa; quanto à finalidade da avaliação é somativa, quanto ao momento de sua realização é *ex post*, quanto à metodologia é

qualitativa, quanto aos tipos de problemas que pretende responder é “de processo” e quanto à pergunta avaliativa é uma pesquisa avaliativa, tipo avaliação de diagnóstico, técnica análise lógica.

2.1.3 Avaliação em saúde

A avaliação no campo de saúde desenvolveu-se pela extrapolação dos métodos da pesquisa experimental do campo de avaliação dos programas, sem generalizar o percurso teórico que guia os pesquisadores na pesquisa experimental em laboratório (CHAMPAGNE et al., 2011a).

A partir da década de 1980, começa a desenvolver-se no Brasil a avaliação de políticas e programas de saúde no meio acadêmico e, de forma incipiente, no dia a dia da administração pública (UCHIMURA; BOSI, 2002). César e Tanaka (1996) relatam que a incorporação contínua de novas tecnologias, a ampliação e a complexidade da estrutura dos serviços de saúde e a necessidade de avaliar a eficiência e o custo-benefício dos serviços e do sistema de saúde contribuíram para a importância da avaliação em saúde como campo de conhecimento e estudo. No mesmo sentido, Vieira-da-Silva e Formigli (1994) destacam que a avaliação em saúde está relacionada à possibilidade e à necessidade de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários.

Tanaka e Melo (2007) distinguem quatro gerações da avaliação. A primeira era caracterizada pela única preocupação de medir os fenômenos avaliados. A geração seguinte foi elaborada a partir das limitações da primeira geração, iniciou-se o processo de descrição mais abrangente de outros fatores que pudessem responder aos objetivos do processo e que possam interferir no fenômeno avaliado. A terceira geração incluiu o julgamento além da abordagem descritiva direcionado aos objetivos propostos na segunda geração, sem deixar claro de quem é o julgamento que predomina. A última geração leva em conta os atores envolvidos, incluindo diferentes perspectivas na avaliação. Essa geração elimina o pressuposto de que a avaliação deve ser realizada apenas por especialistas na área e também permite uma definição de contexto, parâmetros, indicadores e limites no processo de avaliar. Na avaliação de serviços de saúde, muitos dos processos avaliativos operados possuem fortes características da avaliação da primeira geração (TANAKA; MELO, 2007, p. 122).

Além disso, a necessidade de informação sobre a forma de funcionamento, a qualidade, a efetividade, a segurança e a satisfação dos usuários do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida, sendo a avaliação um meio de adquirir essas informações (FIGUERÓ;

FRIAS; NAVARRO, 2010). Entretanto, somente por volta dos anos 2000 é que o interesse pela avaliação em saúde ganha importância não apenas no meio acadêmico, mas também no Ministério da Saúde, que encomendou estudos por exigência de financiadores externos e pela crescente consciência de responsabilização entre os seus técnicos e a alta burocracia (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Nessa mesma época, Bodstein (2002) ressalta que as mudanças no desempenho e na gestão de programas e projetos na área de saúde favoreceram a institucionalização da avaliação dos serviços de saúde, além de uma maior responsabilidade pública juntamente com uma maior participação e controle social. Apesar desse aumento, o que se observa é que a avaliação em saúde é incipiente, com caráter prescritivo e burocrático e ainda pouco incorporada às atividades do governo.

Por sua vez, o Ministério da Saúde destaca que a avaliação de programas e serviços de saúde é de grande importância na consolidação do SUS, sendo sua instituição como prática sanitária um desafio aos gestores, os profissionais de saúde e os atores sociais que consideram que as reflexões sobre os processos diários dos serviços de saúde facilitam as reformas do SUS (BRASIL, 2004a).

Junto com essas mudanças, surgiu a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA), que faz parte do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas de Saúde, cuja origem é a Coordenação de Saúde da Comunidade, vinculada à então Secretaria de Assistência à Saúde. A CAA/DAB surge com base num conjunto de procedimentos orientados para o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, com os objetivos de identificar aspectos da atenção básica para: monitorar e avaliar, especialmente para a Estratégia Saúde da Família; desenvolver estratégias de disseminação das informações importantes relacionadas à atenção básica; gerenciar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que é o principal instrumento de monitoramento da atenção básica; identificar a necessidade de fomentar e articular estudos avaliativos para a Atenção Básica e fomentar e incentivar estratégias de superação de metas e indicadores da Atenção Básica nas três instâncias de gestão do SUS. Em 2003, foi redefinida sua missão: “monitorar e avaliar a atenção básica instrumentalizando a gestão e fomentar/consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS” (BRASIL, 2005).

Felisberto (2004) entende como institucionalização a incorporação da avaliação à rotina dos serviços, considerando a importância do fortalecimento e do aprimoramento da capacidade técnica nos três níveis do sistema de saúde. Para alcançar isso, Felisberto (2004)

leciona que se devem adotar ações de monitoramento e avaliação como base para o planejamento e a gestão, servindo como suporte para a formulação de políticas, o processo decisório e a influência dos atores envolvidos. Da mesma forma, o investimento na institucionalização da avaliação deve ser uma contribuição essencial com o objetivo de qualificar a atenção básica e promover a construção de processos organizados, sistematizados e coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde, que são universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade e acessibilidade. Destaca-se que a Estratégia Saúde da Família vem se consolidando como indutor desse processo de institucionalização da avaliação na atenção básica. (FELISBERTO, 2004).

Para Vieira-da-Silva (2005), a avaliação pode gerar informação tanto para aprimorar as intervenções em saúde como para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito. O autor destaca também que a avaliação de políticas pode abranger tanto análises sobre a natureza do Estado e do poder político relacionados na sua formulação quanto estudos sobre a sua operacionalização em si.

Destaca-se que é preciso delimitar o objeto da avaliação, pois isso traz grandes implicações aos rumos da pesquisa, uma vez que definirá a estratégia a ser utilizada na sua condução (UCHIMURA; BOSI, 2002). Além da definição do objeto, Medina e Fernandes (2008) lembram os itens indispensáveis ao processo de avaliação, a saber: definição clara das questões da avaliação, contextualização e descrição detalhada da intervenção; qualidade técnica e rigor metodológico na elaboração do desenho e desenvolvimento do projeto; respeito aos princípios éticos na realização de estudos e também na divulgação dos resultados e elaboração de relatórios escritos, que têm sido a principal forma de apresentação dos resultados de uma avaliação aos gestores.

Por sua vez, Contrandiopoulos et al. (2005, p. 31) lecionam que:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Dessa forma, a CAA/DAB considera que a avaliação é um processo participativo de interpretação parcial de cenários pré-construídos e que está dentro de uma realidade complexa, não-linear, permeada por relações de poder e fundamentada em sistematizações formais de análise, com o objetivo de expor condições para nortear ações na sociedade (BRASIL, 2004b).

Dentro desse contexto, verifica-se que a avaliação de políticas pode abranger todos os níveis do sistema de saúde e pode incluir tanto análises sobre a natureza do Estado e do poder político envolvidos na sua formulação, quanto estudos sobre intervenções relacionadas à operacionalização (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

2.2 A abordagem do modelo lógico

O modelo lógico, ou estrutura lógica, é uma abordagem metodológica que integra a descrição das ideias, das hipóteses e das expectativas que formam a estrutura do projeto e o funcionamento esperado do programa (BALBIM et al., 2013). A utilização do modelo lógico iniciou-se no final dos anos 1960, mas aumentou a partir dos anos 2000 devido à ênfase na gestão de resultados e na medição de desempenho (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010). Sua importância é acentuada na medida em que representa de forma adequada os vínculos causais, contemplando didaticamente a relação entre o que o programa deve produzir e o resultado a ser alcançado (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009). Além disso, segundo Pessoa e Noro (2015), o modelo lógico permite melhor entendimento da estrutura dos componentes da avaliação, das questões envolvidas e das prováveis relações entre esses, auxiliando a construção de uma proposta de critérios de avaliação. No mesmo sentido, Medina et al. (2005) destacam que discutir e apresentar o modelo lógico de um programa permite definir claramente o que deve ser mensurado e qual é a parcela de contribuição do programa nos resultados alcançados.

Dentro desse enfoque, Meneses (2007) assevera que os modelos lógicos são um pré-requisito essencial para a formação de propostas de avaliação, que devem ser formuladas a partir das relações entre os principais elementos do programa. O modelo lógico é uma evolução na avaliação de políticas públicas, visto que orienta o processo de avaliação de resultados e auxilia no desenho metodológico da avaliação para que as relações causais definidas possam ser apropriadamente estudadas.

Por seu turno, Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007) destacam que o modelo lógico tem o papel de explicitar a teoria do programa, sendo uma etapa importante no processo de avaliação. Além disso, a aplicação do modelo facilita o planejamento, a comunicação e o funcionamento esperado do programa (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). Teoria do programa é “a especificação das ações a serem realizadas para se alcançarem os efeitos desejados, dos outros impactos que poderiam ser cogitados e dos mecanismos

mediante os quais esses efeitos e impactos seriam produzidos” (CHEN; ROSSI, 1992 como citado em CHAMPAGNE et al., 2011b).

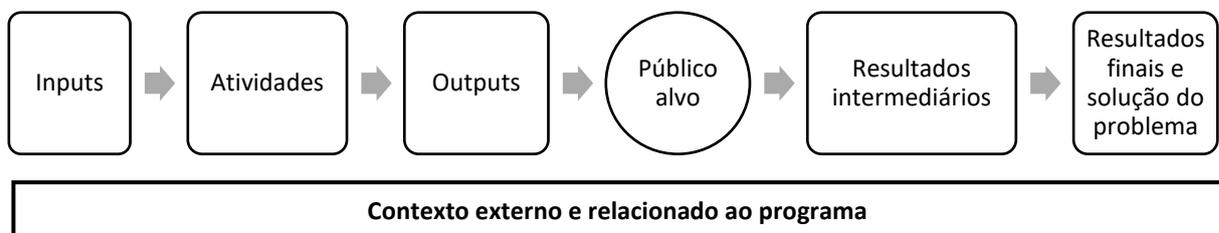
Outra definição de modelo lógico é “uma ferramenta utilizada para sistematizar e comunicar as relações causais existentes entre recursos disponíveis, atividades desempenhadas e resultados esperados de um projeto” (BRASIL, 2007, p. 7).

Da mesma forma, Chen (1990 apud CHAMPAGNE et al., 2011b) afirma que o modelo lógico deve ter por objeto os objetivos e todos os efeitos e as consequências possíveis da intervenção.

De acordo com Cassiolato e Guerresi (2010), alguns pesquisadores destacam a importância de iniciar a identificação de deficiências do desenho que poderão afetar no desempenho pela análise da teoria do programa. Para medir a qualidade da teoria, as autoras destacam que é necessário descrever as ideias, as hipóteses e as expectativas que constituem a estrutura do programa e o seu funcionamento. Com isso, o modelo lógico explicita a teoria do programa na perspectiva dos formuladores e os implementadores. Ademais, a abordagem qualitativa do modelo lógico resgata a teoria do programa por meio de entrevistas com formuladores e implementadores (CASSIOLATO, 2010).

Os elementos do modelo lógico são: *inputs*, atividades, *outputs*, resultados intermediários e resultados finais, assim como as hipóteses que suportam essas relações e as influências das variáveis relevantes de contexto. Dessa forma, os pressupostos sobre os recursos e as operações/ações e como esses levam aos resultados esperados são frequentemente referidos como a teoria do programa (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007).

Figura 2 – Elementos do modelo lógico.



Fonte: Adaptado pela autora de Mclaughlin e Jordan (1999).

Por sua vez, Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007) lecionam que as hipóteses são os recursos que serão transformados em ações necessárias para os beneficiários selecionados

que, num contexto favorável, atingirão os resultados almejados. Além disso, tornar explícitas as hipóteses sobre como o programa supostamente deve funcionar, em diversos contextos, cria a referência principal em que se baseia a gestão e o seu instrumento imprescindível de avaliação. No mesmo sentido, Mclaughlin e Jordan (2010) orientam que o modelo lógico pode ser usado para compreender os pressupostos subjacentes e criar estratégias para testar as hipóteses. Com isso, o modelo lógico procura auxiliar na elaboração de um programa bem desenhado que possa ser gerenciado por resultados. Nesse sentido, o modelo lógico deve orientar a estratégia de execução do programa e a definição dos indicadores para a sua avaliação. A construção do desenho do programa deverá contribuir para garantir as seguintes condições: definição explícita e plausível dos objetivos do programa; identificação de indicadores importantes de desempenho que possam ser obtidos a um custo razoável; e comprometimento dos gestores do programa com o que está proposto no modelo lógico (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007).

2.2.1 Funções, vantagens e limitações da utilização da abordagem do modelo lógico

Dessa forma, diante do amplo conceito, Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2009) chamam a atenção para as múltiplas funções do modelo lógico, a saber: esclarecer o que se espera do programa, identificando objetivos, recursos, ações, resultados e relações causais; contribuir para gerar referências para avaliações *a posteriori*; estabelecer indicadores de desempenho; explorar a realidade de implementação do programa; avaliar a capacidade de mensuração do desempenho e do alcance dos objetivos planejados; auxiliar na tomada de decisão e realizar avaliação intensiva.

Além das múltiplas funções do modelo, autores enumeram as vantagens no uso do modelo lógico: possibilita a comunicação do objetivo principal do programa, com evidência dos seus produtos e efeitos desejados (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007; MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010; CHAMPAGNE *et al*, 2011b); evidencia a consistência lógica do programa, auxiliando na identificação de lacunas e efeitos não realizáveis (CASSIOLATO; GUERESI, 2010); ajuda a identificar que perguntas de avaliação devem ser elaboradas, o porquê e quais medidas de desempenho são fundamentais (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010); envolve e fomenta o diálogo sobre o desenvolvimento do programa entre os atores envolvidos (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010); auxilia na identificação de atividades críticas para atingir os objetivos, além das que são redundantes ou têm ligações inconsistentes com os objetivos do programa (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010); facilita o

monitoramento do desenvolvimento do programa ao gerar um plano definido para acompanhamento, destacando os sucessos a serem reproduzidos e as disfunções a serem evitadas; direciona a execução das atividades de avaliação da política pública ao constatar os dados importantes e as questões avaliativas adequadas (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Além dessas vantagens, Silva et al. (2012) destacam que o modelo lógico permite o aumento da construção de acordos em relação aos componentes da política pública e os resultados da avaliação. Em complemento, o modelo lógico auxilia a percepção objetiva do seu funcionamento entre os profissionais participantes, define as responsabilidades, melhora o planejamento, facilita o entendimento comum sobre o problema a se resolver e fomenta a discussão sobre os objetivos, os resultados esperados e o processo imprescindível para atingi-los (MEDINA et al., 2005; MEDEIROS et al., 2010).

Por sua vez, Elias e Patrocolo (2005) destacam que o modelo lógico explica a sequência de eventos com uma síntese dos principais componentes desenhados graficamente em um fluxo, apresentando como o modelo pode ser utilizado. Como vantagem, o modelo apresenta a capacidade de sintetizar o funcionamento do programa, conectando o processo aos resultados e a interação dos efeitos dos componentes com o impacto (ELIAS; PATROCOLO, 2005; COSENDY, 2000).

Para McLaughlin e Jordan (1999), o modelo lógico possui limitações que devem ser observadas. A primeira delas é que o modelo representa uma intenção, mas não é a realidade, ele foca nos resultados esperados e desafia a atribuição causal que depende de muitos fatores que influenciam os processos e os resultados. Outra limitação refere-se à grande demanda de tempo para elaborar gráficos distintos dos modelos a cada mudança de entendimento do programa. A última chama a atenção para não focar demasiadamente nos resultados e deixar de dar atenção adequada a *inputs*, atividades, *outputs* e relações lógicas que as associam aos resultados. Além disso, destacam que o modelo não deve ser engessado, o ideal é que se mantenha flexível e dinâmico.

No mesmo sentido, a W. K. Kellogg Foundation (2001) destaca que a representação visual do modelo deve ser flexível, apontando áreas de força e/ou fraqueza, além de permitir que as partes interessadas escolham o melhor dentre os cenários possíveis. Outrossim, o modelo lógico auxilia no entendimento compartilhado das metas do programa e da metodologia, relacionando sempre as atividades com os resultados projetados.

2.2.2 O modelo lógico teórico e o operacional

Champagne et al. (2011b, p. 67) evidenciam que há dois modelos lógicos: o modelo lógico teórico e o modelo lógico operacional. O primeiro “representa o caminho lógico entre as causas imediatas e as causas distantes focalizadas pelo programa”. Entretanto, acrescentam que o modelo lógico operacional “estabelece o vínculo entre as estruturas e os processos, e isso até o primeiro resultado, ou seja, até a primeira mudança processada”. Assim, representa a forma de como o programa deveria permitir o alcance dos objetivos da intervenção.

De forma mais detalhada, Weiss (1995, 1997, apud CHAMPAGNE et al., 2011b) distingue os dois tipos de modelo lógico teórico. Um é o modelo lógico teórico formal, que corresponde a uma intervenção planejada com base em uma teoria formal de ações, ou seja, baseado em teorias existentes. Outro é o modelo lógico teórico tácito, que decorre da experiência de indivíduos.

2.2.3 A construção do modelo lógico

A construção do modelo lógico provém de várias fontes: documentos oficiais do programa, legislação sobre o assunto, resultados de pesquisas prévias e experiência dos gestores, avaliadores e profissionais da área (Medeiros et al., 2010; Bezerra et al., 2012).

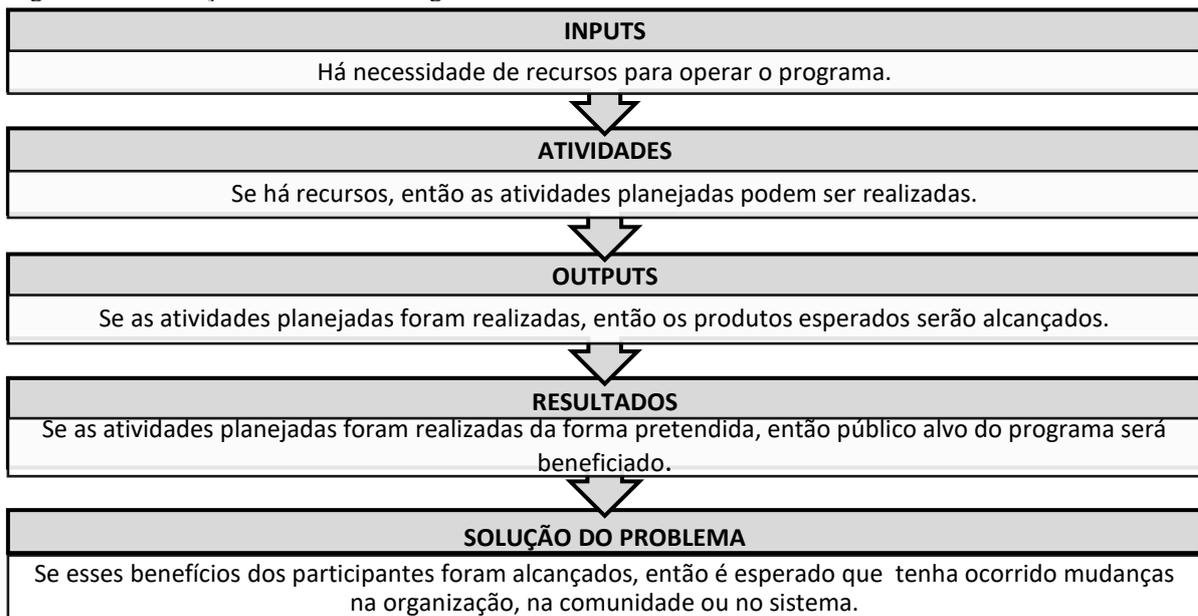
Medeiros et al. (2010) destacam que o processo de construção do modelo lógico deve seguir as seguintes etapas: coleta de informações sobre o programa; definição clara do problema objeto da intervenção; identificação dos componentes do modelo lógico; avaliação do modelo construído por informantes-chaves e, a partir dos subsídios gerados e com base nos dados coletados, deve-se submeter o modelo a um consenso para definir qual representa melhor a lógica do programa. Desse modo, a construção do modelo lógico do programa possibilita traçar o caminho percorrido pelo programa a fim de buscar uma solução para o problema inicial.

No mesmo sentido, Medina et al. (2005) destacam que a construção do modelo lógico explicita sua racionalidade subjacente incluindo especificidades sobre o problema, o público-alvo, o contexto e os atributos necessários e suficientes. Destaca-se que a influência do contexto externo na elaboração do modelo lógico foi acrescentada por McLaughlin e Jordan nos anos 1990 (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2004).

Por sua vez, Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007) explicam que a construção do modelo lógico possui quatro etapas: coleta e análise de informações, pré-montagem do modelo lógico, validação do modelo lógico e elaboração do plano de avaliação. De modo diverso, McLaughlin e Jordan (2010) orientam a construção em cinco fases: coleta das informações relevantes, definição do problema e seu contexto, identificação dos elementos do modelo, desenho do modelo e validação do modelo proposto.

A W.K. Kellogg Foundation (2001) levanta uma série de assertivas “se-então” a serem levadas em consideração na construção do modelo lógico. Para a instituição, as percepções sobre os fatores importantes do contexto devem ser consideradas. Dessa forma, se utilizar tais recursos, então deverão ser implementadas determinadas atividades do programa; se tais produtos são gerados, então tais resultados intermediários serão alcançados, que, se ocorrem, fornecerão o resultado final que solucionará o problema (W.K. Kellogg Foundation, 2001).

Figura 3 - Construção de um modelo lógico.



Fonte: Adaptado pela autora de W.K. Kellogg Foundation (2001)

Para finalizar a construção do modelo lógico, Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2009) ressaltam que se deve fazer uma reflexão sobre as possíveis influências do contexto na implementação do programa. Para tanto, é essencial a identificação dos fatores importantes do contexto que auxiliam ou atrapalham o desenvolvimento do programa. Além disso, destacam que o conhecimento do contexto permite compreender o desenvolvimento das hipóteses

elencadas na estrutura lógica para o alcance dos resultados esperados, sendo que os fatores que influenciam o contexto devem ser constantemente revistos e analisados.

Após a construção do modelo lógico, é possível definir os indicadores oportunos para medir o desempenho do programa. Em seguida à definição dos produtos e dos resultados intermediários e finais do programa, o processo de construção dos indicadores torna-se mais fácil (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009).

No que se refere à apresentação do modelo lógico, verifica-se que há vários formatos, não havendo consenso sobre a forma ideal (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010). Dessa forma, a escolha ocorre conforme a forma que melhor se encaixa no programa e de acordo com a informação que se deseja transmitir (W.K. KELLOGG FOUNDATION, 2001).

Depois de finalizar o modelo lógico, este pode e deve ser revisto e, se necessário, deve ser readequado para abranger novos fatores que surgem com o desenvolvimento do programa ou outros que não foram previstos anteriormente (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010; MEDEIROS et al., 2010; BEZERRA et al., 2012; SILVA et al., 2012). Bezerra et al. (2012) destacam que, além de rever o modelo lógico, ele deve passar por uma revisão e validação dos critérios, dos padrões e dos pontos de corte estabelecidos na análise e no julgamento. Também, para os autores, a validação de critérios previne a presença de elementos que foram super ou subestimados, garantindo assim uma representação adequada. Por sua vez, Silva et al. (2012) lembram que se deve acrescentar ou retirar dados à medida que novas informações são coletadas.

2.2.4 Principais usos do modelo lógico

Diante desse contexto, o modelo lógico pode ser aplicado a qualquer projeto ou programa, sendo indicado para o planejamento, a implementação, a gestão e a avaliação (ROCHA et al., 2016; ENGEL-COX et al., 2009). No mesmo sentido, Mclaughlin e Jordan (2010) orientam que os avaliadores podem usar o modelo lógico quando solicitados a avaliar um programa durante a fase de projeto, depois de terminado, ou em qualquer outro ponto do seu ciclo de vida. Rocha et al. (2016) destacam que o modelo lógico é um meio, mas não um fim. Nesse sentido, o modelo lógico não pode ser confundido com a avaliação em si. Os autores afirmam que o modelo lógico serve como base para a avaliação, pois auxilia no delineamento do estudo, na escolha dos participantes, na elaboração dos instrumentos de mensuração e nos procedimentos de coleta e análise de dados.

Por sua vez, segundo Mclaughlin e Jordan (1999), a construção do modelo lógico de um programa é o primeiro passo para a realização de uma avaliação. No mesmo sentido, para a W. K. Kellogg Foundation (2001) e Cavalcanti et al. (2013), o modelo lógico pode aumentar consideravelmente a utilidade da avaliação como uma ferramenta de aprendizagem; de gestão, por explicitar a estratégia de forma prática e objetiva; e de comunicação para gestores e população em geral, devido à sua clara e didática visualização gráfica. Por sua vez, Abbad et al. (2012) destacam que o modelo lógico tem sido adotado com sucesso como ferramenta de gestão e avaliação de programas sociais e governamentais. Além disso, os resultados do modelo lógico oferecem oportunidades de conhecimento, facilitam a documentação dos resultados, promovem o entendimento compartilhado sobre o que funciona e porquê e auxiliam o planejamento eficaz, a implementação e a avaliação do programa. De maneira simplificada, o modelo lógico é uma forma sistemática e visual para apresentar, compreender e compartilhar as relações entre os recursos de operação do programa com as atividades planejadas que devem ser ligadas às mudanças ou aos resultados que se esperam alcançar (W.K. KELLOGG FOUNDATION, 2001).

De maneira diversa, Bezerra et al. (2012) e Silva et al. (2012) destacam que o modelo lógico é utilizado em estudos de avaliabilidade, também conhecidos como pré-avaliação ou avaliação exploratória, que servem para verificar em que medida um programa está pronto para ser avaliado. Dessa forma, esses estudos antecedem a avaliação propriamente dita e buscam fornecer um ambiente propício para a avaliação, além de promover entendimentos entre os interessados sobre as características, os objetivos, as expectativas e as necessidades de informação sobre determinado programa. Além disso, os estudos de avaliabilidade são indicados para identificar as lacunas de conhecimento e de informação dos atores envolvidos, além de evidenciar o contexto político-organizacional da intervenção, com o intuito de direcionar o foco e os métodos da avaliação (LEVITON et al., 2010).

Por sua vez, Costa e Castanhar (2003) destacam que os estudos de avaliabilidade são processos sistemáticos para o entendimento da teoria de um dado programa público, com o objetivo de detalhar e clarificar os usos previstos para os dados no processo de avaliação, antes do início da avaliação em si.

Além disso, os estudos de avaliabilidade são indicados para identificar as lacunas de conhecimento e informação dos atores envolvidos, além de evidenciar o contexto político-organizacional da intervenção, com o intuito de direcionar o foco e os métodos da avaliação. Outra vantagem dos estudos de avaliabilidade é relacionada ao custo, pois pode impedir a avaliação dispendiosa de programas quando os modelos lógicos não são factíveis ou quando

os programas precisam ser melhor delineados, com desenvolvimentos de atividades adequadas (LEVITON et al., 2010). Também, os produtos de um estudo de avaliabilidade proporcionam a descrição do programa e das principais questões que serão utilizadas na avaliação, após um consenso entre os participantes (BEZERRA et al., 2012). Medina et al. (2005) destacam que o consenso amplia a possibilidade de validade dos critérios e confere uma maior legitimidade aos processos avaliativos.

Detalhando as avaliações de avaliabilidade concebidas por Joseph Wholey, Leviton et al. (2010) relatam os seis passos a serem seguidos: envolver os participantes de todas as informações disponíveis sobre a avaliação, esclarecer as reais intenções do programa, explorar o contexto em que o programa está inserido, estabelecer um consenso sobre as mudanças necessárias nas atividades ou nos resultados, explorar alternativas de modelos de avaliação e determinar as prioridades da avaliação e os possíveis usos das informações.

No mesmo sentido, Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2009) destacam que, no caso de o desenho do programa não permitir o gerenciamento por resultados, o modelo lógico é capaz de apontar quais as alterações necessárias para que isso ocorra. Dessa maneira, o modelo acarreta a verificação da concepção do programa e dos fundamentos de sua implementação, com o objetivo de identificar os elementos favoráveis e os desfavoráveis que atrapalham o alcance dos resultados almejados.

Apesar de utilizar o modelo lógico como estudo de avaliabilidade, Leviton et al. (2010) relatam que os modelos lógicos são utilizados com frequência fora dos estudos de avaliabilidade para ajudar na elaboração de programas, na orientação das avaliações e, até mesmo, na gestão do programa em si. Ainda, expõem que pesquisas recentes demonstram o uso do modelo lógico como avaliação propriamente dita.

Dentre os autores que indicam a utilização da construção do modelo lógico para avaliação, há aqueles que afirmam que seu uso se restringe à avaliação *ex ante* de programas, com o objetivo de auxiliar na conciliação de referências para avaliação *ex post* (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009; CASSIOLATO; GUERESI, 2010; BALBIM et al., 2013).

Apesar de recomendarem o uso para avaliação *ex ante*, Balbim et al. (2013) destacam que o modelo lógico pode ser adaptado para ser utilizado de maneira reversa, ou seja, em um programa já em andamento. Pela engenharia reversa, busca-se sistematizar o fundamento explicativo desse programa. De outro modo, posteriormente à implantação do programa, verificou-se a necessidade de se determinar o que seriam os marcos iniciais, ou seja, a situação original que justificou a intervenção, o problema a ser resolvido, os objetivos

gerais e específicos, o contexto em que o programa está inserido e o público-alvo. Para os autores, todos esses elementos que são importantes para a elaboração de um programa podem existir de forma não organizada e explícita. Dessa forma, com a construção do modelo lógico, esses elementos são didaticamente sistematizados em um diagrama.

No mesmo sentido, para Bueno, Cordoni Júnior e Mesas (2011), o desenho do modelo lógico do programa é a primeira etapa para o planejamento da avaliação, pois a compreensão da estrutura do serviço em todos os níveis é fundamental para a elaboração de indicadores adequados de avaliação.

Diante dessa diversidade na literatura, verifica-se que a metodologia do modelo lógico pode ser utilizada em qualquer etapa do programa (BRASIL, 2007).

2.2.5 Diferenças entre as metodologias do modelo lógico e do marco lógico

A metodologia do modelo lógico reúne a delimitação de ideias, hipóteses e expectativas que integram a estrutura e o funcionamento esperado do programa, sendo importante, pois representa os vínculos causais entre o que o programa deve produzir e o resultado esperado. Além disso, por ser aplicado a qualquer programa, é indicado para o planejamento, a implementação, a gestão e a avaliação. Devido à sua ampla aplicação, o modelo lógico pode ser utilizado como estudo de avaliabilidade, avaliação *ex ante* ou avaliação *ex post*.

Com relação à metodologia do marco lógico, verificou-se na literatura que é uma ferramenta que orienta padrões de qualidade e expõe as técnicas e os instrumentos que são mais adequados para cada uma das diferentes etapas de planejamento. O BID (1997) completa que essa metodologia é uma ferramenta que ajuda os elaboradores a compreenderem melhor a origem dos problemas que estão buscando soluções. Sua aplicação é importante para analisar o desenvolvimento da política e para tomar decisões para corrigir o rumo, caso necessário.

Apesar da semelhança no nome, as duas metodologias possuem inúmeras diferenças. A primeira delas é quanto à forma de apresentação visual. Enquanto o modelo lógico possui um diagrama com a evidência das relações causais, o marco lógico é uma matriz quatro por quatro, com informações, nas linhas, sobre finalidade, propósito, componentes e atividades do projeto e, nas colunas, sobre objetivos, indicadores, meios de verificação e pressupostos relacionados, conforme Quadro 1 – Estrutura de matriz quatro por quatro do marco lógico.

Quadro 1 - Estrutura de matriz quatro por quatro do marco lógico.

	OBJETIVOS	INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	PRESSUPOSTOS
FINALIDADE				
PROPÓSITO				
COMPONENTES				
ATIVIDADES				

Fonte: Adaptado pela autora de BID (1997).

Outra distinção refere-se à forma de construção da metodologia. Na elaboração do modelo lógico, considera-se uma sequência de assertivas “se-então” para definir as relações entre os componentes. Na da matriz quatro por quatro, as informações são incluídas de “baixo para cima”, pois primeiro se identificam as necessidades e os objetivos do público-alvo, depois se atinge o programa em si.

Uma terceira oposição entre as metodologias é que na do modelo lógico tanto os resultados intermediários como os finais fazem parte da construção gráfica. Por outro lado, na matriz do marco lógico, constam os objetivos, não diferenciados entre objetivos intermediários e finais.

Outra distinção é que a metodologia do modelo lógico especifica uma etapa de consenso entre os participantes para definir se o modelo lógico representa a lógica do programa e conseqüentemente validar sua utilização.

Um quinto contraste é que o modelo lógico é uma metodologia orientada por resultados, que busca resgatar e explicitar a teoria do programa, enquanto o marco lógico é utilizado no planejamento de projetos orientados por objetivos (CASSIOLATO, 2010).

Mesmo diante das diferenças, constatou-se na literatura que alguns autores utilizam as metodologias como sinônimo, alternando os termos modelo lógico e marco lógico. Por sua vez, Cassiolato e Guerresi (2010) diferenciam claramente as duas metodologias. As autoras lecionam que a matriz lógica é um instrumento auxiliar de decisão e monitoramento utilizado no planejamento de projetos e o modelo lógico é aplicado para organizar referências para avaliação. Apesar dessas diferenças de fundamento metodológico, as autoras incorporaram a metodologia do marco lógico, do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e a explicitação de critérios de priorização de beneficiários sugerida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) na explicação do problema e na definição de referências básicas do programa (objetivos e público-alvo), que não se assemelham aos modelos lógicos encontrados na literatura. Com isso, verifica-se que, apesar de conceitual e estruturalmente distintas, as metodologias do modelo lógico e do marco lógico podem ser utilizadas de forma complementar.

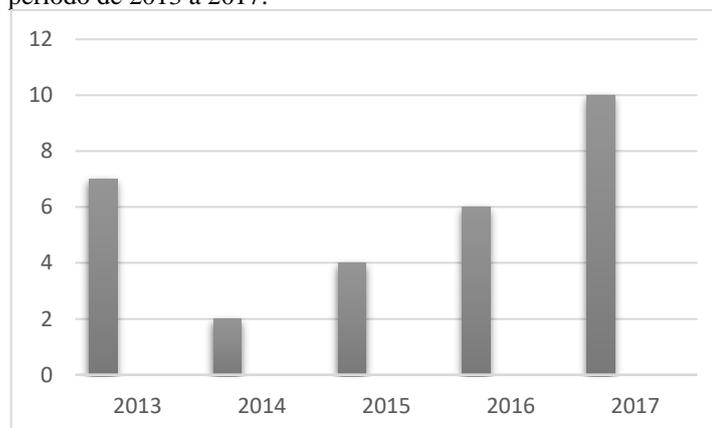
Por fim, essas distinções conceituais são importantes para melhor delimitar a utilização de cada metodologia, pois, quanto mais claro e específico for o conceito e a aplicação da metodologia, maior será a fidedignidade das inferências pesquisadas.

2.2.6 Evolução das pesquisas com foco no uso do modelo lógico na Gestão Pública da Saúde brasileira

Foi realizada uma varredura no banco de dados do portal de periódicos da CAPES, no período de 2013 a 2017. Como resultado, verificou-se que foram publicados 29 artigos em periódicos brasileiros revisados pelos pares utilizando os descritores “modelo lógico”, “avaliação” e “saúde”. Constatou-se que nem todas pesquisas que construíram o modelo lógico submeteram o estudo ao comitê de ética, validaram o modelo lógico e elaboraram os indicadores, que foram sugeridos como objeto de pesquisas futuras.

Com base na Figura 4 – Quantidade de artigos publicados em periódicos no período de 2013 a 2017, verificou-se uma intensificação na publicação de artigos a partir de 2014, culminando com 10 artigos em 2017. Com isso, verifica-se que há uma evolução na utilização do modelo lógico nas avaliações no campo da saúde brasileira, que auxilia no aperfeiçoamento dos serviços prestados. Além disso, percebe-se uma receptividade no modelo de gestão de avaliação de resultados no campo da saúde, com a crescente preocupação com a governança e a economicidade na saúde.

Figura 4 – Quantidade de artigos publicados em periódicos no período de 2013 a 2017.

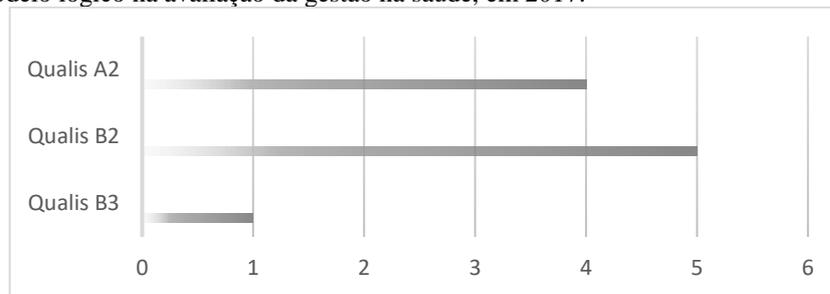


Fonte: Elaborada pela autora.

Desses 10 artigos publicados em periódicos brasileiros no ano de 2017, constatou-se que todas os periódicos possuem grande impacto no meio acadêmico, com base na

classificação de periódicos quadriênio 2013-2016 na área de avaliação de administração pública e de empresas, ciências contábeis e turismo, conforme demonstrado na Figura 5 – Classificação dos periódicos com publicações que utilizaram o modelo lógico na avaliação da gestão na saúde, em 2017.

Figura 5 – Classificação dos periódicos com publicações que utilizaram o modelo lógico na avaliação da gestão na saúde, em 2017.



Fonte: Elaborada pela autora

Assim, esses periódicos evidenciam que a temática é relevante e importante na perspectiva da avaliação da gestão na saúde brasileira.

Conforme apresentado, encontramos na literatura vários artigos e, além disso, dissertações que utilizaram a abordagem do modelo lógico para avaliar intervenções no campo da saúde. A título de exemplo, apresentamos, de forma resumida, algumas avaliações que utilizaram a abordagem.

Cavalcanti et al. (2013) construíram um modelo lógico da “Rede Cegonha” (RC), lançada pelo Ministério da Saúde em 2011. Essa política tinha como objetivo garantir o atendimento qualificado a gestantes e crianças com até dois anos de idade. A construção do modelo lógico ocorreu em três fases. A primeira fase foi uma resposta a doze perguntas-chave para a modelagem de programas. A segunda explicou o problema e as referências básicas. Por fim, foi construído o modelo lógico que usou como referência em modelagem de programas os textos de Bezerra, Cazarin e Alves (2010) e Cassiolato e Guerresi (2010). Como resultados, Cavalcanti et al. (2013) verificaram que há gaps no modelo lógico do programa, que indicam a necessidade de reformular a sua teoria para aumentar as chances de sucesso da política. Além disso, concluem que o modelo lógico é uma ferramenta útil na gestão e na organização da avaliação.

Em outro estudo, Pessoa e Noro (2015) elaboraram um modelo lógico sobre o percurso necessário para a formação em saúde bucal com o objetivo de proporcionar uma nova alternativa para avaliar os cursos de Odontologia com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Após a construção do diagrama, utilizou-se a técnica de consenso de

Delfos, modificado com a participação de 33 pessoas consideradas “experts”, para sua validação. A especificação das dimensões em subdimensões e critérios mensuráveis do modelo permitiram o aprofundamento nos elementos estruturantes das DCN sobre avaliação de cursos de graduação em Odontologia.

De modo semelhante, Domingues, Hartz e Leal (2012) avaliaram a adequação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal realizada no SUS no município do Rio de Janeiro. Para a avaliação da assistência, foi elaborado um modelo lógico-operacional, com referência nos protocolos dos programas de assistência pré-natal e de DST/Aids do Ministério da Saúde. Como resultados identificaram-se falhas no aconselhamento das gestantes, na realização dos exames sorológicos, no tratamento dos casos de sífilis e na abordagem dos parceiros. A construção do modelo lógico possibilitou a observação da realidade empírica da assistência prestada às mulheres na maternidade. Além disso, o modelo e os seus respectivos indicadores foram importantes para verificar quais atividades normatizadas estão sendo realizadas nos serviços e contribuem para redução da transmissão vertical das infecções. Em resumo, a abordagem metodológica utilizada valorizou as múltiplas técnicas de coletas e a diversidade de informantes para garantir maior robustez ao estudo.

Na mesma linha, Heufemann, Gonçalves e Garnelo (2013) avaliaram o grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no município de Coari, Amazonas, no período 2001-2008. A avaliação utilizou o modelo lógico adaptado de Gattinara et al. (1995 apud HEUFEMNN; GONÇALVES; GARNELO, 2013), que propiciou o entendimento da estrutura, do processo e do resultado da atenção no município de Coari, com ênfase na ESF.

Ortiga et al. (2016) evidenciaram muitos pontos de fragilidade na dimensão gestão da urgência após elaborarem e validarem o modelo lógico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina.

Da mesma forma, Rover (2016) verificou que a construção do modelo lógico, após validação pelo comitê tradicional, auxilia de forma singular no processo de avaliação e auxiliará na análise da estrutura do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica nos estados brasileiros.

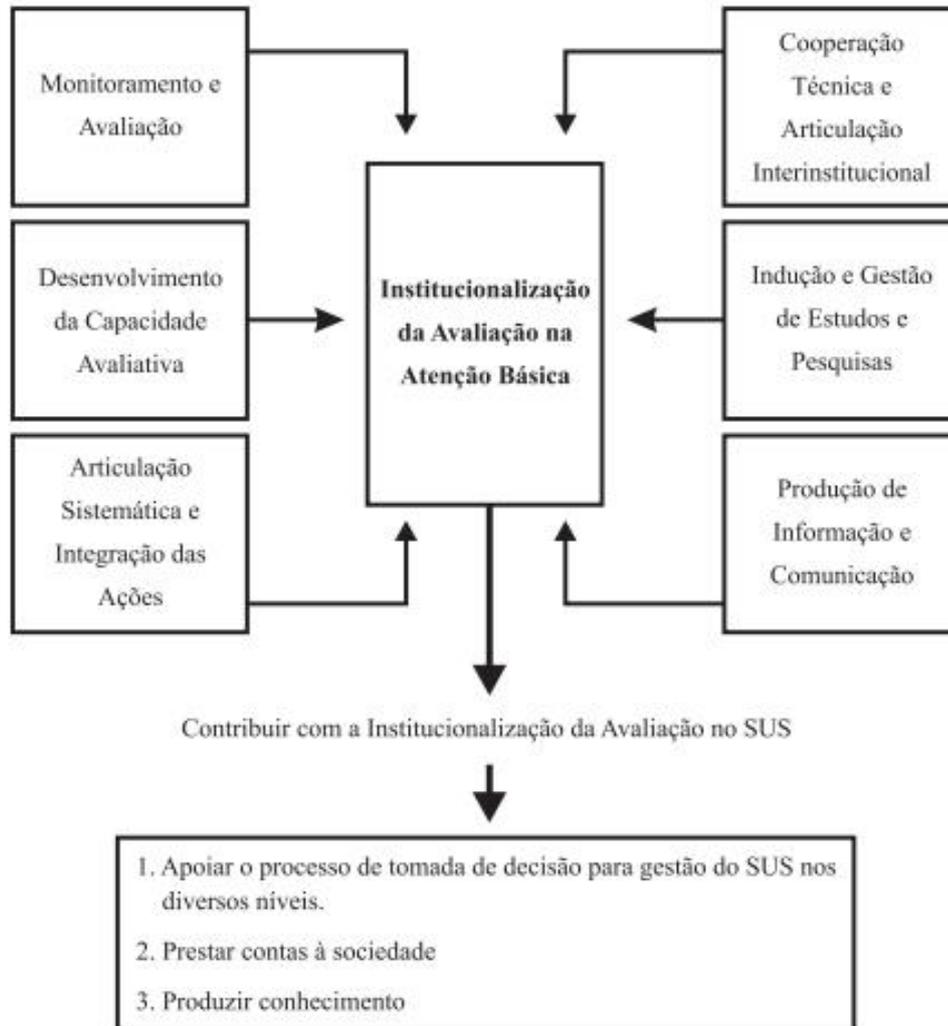
Por sua vez, Fontenele et al. (2017) também construíram e validaram o Modelo Lógico do Programa Saúde na Escola Carioca (PSE Carioca), sendo uma das etapas da tese de doutoramento que aborda a temática da avaliação participativa das ações de saúde do PSE. O Modelo Lógico teve como objetivo auxiliar o posterior preenchimento dos sistemas oficiais

(e-SUS/ AB e Simec) e facilitar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde na escola, posto que proporciona mais agilidade e confiabilidade ao registro.

Donateli et al. (2017) avaliaram o grau de atuação da Vigilância em Saúde da Zona da Mata Mineira utilizando o modelo lógico, que foi construído pela equipe de pesquisadores e especialistas no tema. No estudo, concluíram que a atenção da Vigilância em Saúde nos sete municípios da Zona da Mata Mineira se encontra fragmentada no processo de reorganização das práticas. Entretanto, havia alguns avanços na perspectiva da problematização dos processos de trabalho de modo a favorecer a intervenção de toda a equipe multiprofissional, com aumento da responsabilização dos profissionais de saúde e crescimento dos coeficientes de vínculo e confiança.

O setor público também utiliza o modelo lógico. A título de exemplo, o Ministério da Saúde elaborou em 2005 o modelo lógico da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica com seis componentes: (i) monitoramento e avaliação; (ii) desenvolvimento da capacidade avaliativa; (iii) articulação sistemática e integração das ações; (iv) cooperação técnica e articulação interinstitucional; (v) indução e gestão de estudos e pesquisas e (vi) produção de informação e comunicação, conforme Figura 6 - Modelo Lógico da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

Figura 6 - Modelo Lógico da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.



Fonte: Brasil, 2005, p. 21.

Especificamente na ESF, Costa (2006) construiu um modelo lógico da atenção ao hipertenso na atenção básica com base nas informações presentes em documentos oficiais, normas e estudos realizados. Esse modelo subsidiou a construção dos instrumentos de coleta de dados para avaliar a implantação da atenção dispensada ao hipertenso. A construção do modelo lógico partiu da delimitação do problema. Em seguida, identificou-se a intervenção a ser avaliada. Depois, distinguiu-se os componentes e os subcomponentes. Na sequência, para cada componente e/ou subcomponente, foram delimitados a estrutura necessária e o processo adequado, conforme resultados a curto e médio prazo que levariam, ao longo prazo, à redução da morbimortalidade por hipertensão arterial (HA) e suas complicações cardiovasculares. Os principais resultados convergiram para uma significativa fragilidade na atenção ao hipertenso.

2.3 A atenção básica no Brasil

A Constituição Federal de 1988 define o Sistema Único de Saúde (SUS) como a política pública para a saúde no Brasil. Em seu texto, as políticas públicas de saúde, conforme expõe Sarlet (2002), receberam do poder constituinte uma proteção jurídica diferenciada das demais por estarem atreladas ao direito à vida. Para isso, a concepção do SUS baseia-se na elaboração de um modelo de saúde orientado para as necessidades da sociedade, resgatando o compromisso do Estado com a saúde coletiva (BRASIL, 1988).

Serra (2003) destaca que a promulgação da Constituição Cidadã e as Leis n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), e 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) consolidaram o avanço da legislação no campo da saúde. O autor elencou que a saúde possui uma seção especial no capítulo da seguridade social na CF/1988; a saúde passou a ser um direito intrínseco e fundamental ao ser humano (LOS, art. 2º), além de um direito social (CF 88, art. 6º); o SUS passou a constituir-se de ações e serviços de saúde descentralizados, regionalizados e hierarquizados; a municipalização das ações e dos serviços de saúde tornou-se prioritária para a solução dos problemas sanitários (LOS, art. 7º, inciso IX); o conceito de saúde foi ampliado, deixando de significar apenas serviços médicos assistenciais.

Após a criação do SUS, a Portaria n.º 648 MS/GM, de 28 de março de 2006, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família, e o PACS (BRASIL, 2006b).

Depois de 5 anos, a Portaria n.º 2.488 GM/MS, de 21 de outubro de 2011, aprovou uma nova PNAB estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o PACS (BRASIL, 2011). A PNAB de 2011, conforme Fontenelle (2012), manteve as diretrizes da antiga política, incorporando inovações dos últimos anos, como a flexibilização da carga horária semanal do médico de família e comunidade.

Em 21 de setembro de 2017, foi publicada a Portaria n.º 2.436 GM/MS, que aprova a nova PNAB com a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. A nova PNAB reafirma que a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

Destaca-se que a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como sinônimos (BRASIL, 2017c). No mesmo sentido, Mello, Fontanella e Demarzo (2009) publicaram um artigo com as diferenças conceituais dessas expressões e concluíram que os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizados como sinônimos no Brasil, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017c, p. 2):

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

(...)

É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

Por sua vez, o Manual de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PCATool – Brasil (2010b) define a APS como:

Um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

A atenção básica é estruturada com o mais alto grau de descentralização e capilaridade com o objetivo de ser a mais próxima possível das pessoas. A atenção básica segue os princípios da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2017c). Por sua vez, no Distrito Federal, a Portaria n.º 77, de 14 de fevereiro de 2017, elenca como princípios da atenção primária: acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, centralização na família e orientação comunitária (DISTRITO FEDERAL, 2017c). Esse último princípio é defendido por Mendes (2012) como a base para atenção prestada pelas equipes da Saúde da Família.

Destaca-se que a PNAB tem na Estratégia Saúde da Família sua área prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Além disso, a ESF é considerada pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como uma estratégia de qualificação da atenção básica para favorecer a

reorientação do processo de trabalho com maior grau de aprofundamento dos princípios, das diretrizes e dos fundamentos da atenção básica, além de aumentar a resolutividade e o impacto na saúde da comunidade, respeitando a singularidade e as especificidades loco-regionais, com uma boa relação custo-efetividade (BRASIL, 2017c).

A nova PNAB possui nove diretrizes, conforme trecho resumido a seguir (BRASIL, 2017c):

I - Regionalização e Hierarquização: considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

II - Territorialização e Adscrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele.

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população.

IV - Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, as aptidões, as competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva.

V - Resolutividade: deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI - Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente.

VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Articula-se também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX - Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

Compete às Secretarias municipais de saúde e ao Distrito Federal destinar recursos para compor o financiamento tripartite da atenção básica; inserir a ESF em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica; organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de modo universal, circunscrito ao seu território; definir estratégias de institucionalização da avaliação da atenção básica, dentre outras atribuições (BRASIL, 2017c).

No que se refere às competências estaduais e do Distrito Federal, a PNAB elencou: destinar recursos para compor o financiamento tripartite; ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da atenção básica transferidos aos municípios; fornecer apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e ampliação e consolidação da ESF; divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação, dentre outras (BRASIL, 2017c).

2.3.1 Estratégia Saúde da Família

Em 1986, o Ministério da Saúde tornou-se responsável pela condução e a gestão de toda a política de saúde. Dois anos depois, a nova Constituição Brasileira estabeleceu que “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Posteriormente, a Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) idealiza o SUS, que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. No ano seguinte, o Ministério da Saúde implementa o PACS com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidades infantil e materna, por meio da ampliação dos serviços de saúde para as áreas menos favorecidas.

Nesse panorama, em 1994, surge o Programa Saúde da Família (AMORIM; ARAÚJO, 2004), atual Estratégia Saúde da Família, que garante o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, com o objetivo geral de

contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2000).

A nova denominação Estratégia Saúde da Família é devida ao seu caráter de permanência na agenda de saúde, sendo a principal estratégia para reorganizar o modelo de atenção básica à saúde no Brasil (BRASIL, 2006b).

Em 2003, o Ministério da Saúde cria o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), apoiado pelo Banco Mundial. Seu objetivo era organizar e fortalecer a atenção básica à saúde do país, visando contribuir para a implantação e a consolidação da ESF em municípios com população acima de 100 mil habitantes e elevação da qualificação de trabalho e do desempenho dos serviços prestados, procurando otimizar e assegurar respostas efetivas para a população em todo o território brasileiro (BRASIL, 2003; BRASIL, 2002).

O projeto consistia em três partes. A primeira consistia no apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde, com estímulo ao modelo de atenção básica nos grandes centros urbanos e incentivo do uso da Estratégia de Saúde da Família como principal porta de entrada do sistema de saúde. A segunda refere-se ao desenvolvimento de recursos humanos, com reforço da política de recursos humanos nos estados e municípios. A última parte trata do monitoramento e da avaliação, com o apoio à estruturação e à implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho (BRASIL, 2003).

Para fortalecer a atenção básica no país, o Ministério da Saúde divulgou, com a publicação da Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, o pacto pela saúde, que consolidou o SUS e aprovou as diretrizes operacionais do referido pacto. Dentre os objetivos do pacto, destaca-se a assunção da Estratégia Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, com foco nas diferenças regionais, além da sua consolidação, qualificação e ampliação nos pequenos, médios e grandes centros urbanos. Além disso, o documento define diretrizes para o SUS e estabelece seus princípios gerais de financiamento.

Nesse contexto, dentre as várias áreas do Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde é a responsável pela PNAB, resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017c).

Destaca-se que a ESF segue os princípios do SUS e os pressupostos da atenção primária em saúde elencados por Starfield (2002), que são: primeiro contato; longitudinalidade; abrangência do cuidado e coordenação e orientação à família e às comunidades. Com isso, espera-se que a ESF seja a porta de entrada ao sistema e o primeiro nível de atenção local.

De acordo com o Caderno 1 - A Implantação da Unidade de Saúde da Família, as atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família são (BRASIL, 2000, p. 15):

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
- Programar as atividades e reestruturar o processo de trabalho;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida. Atuar no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase, as DSTs e a

AIDS, de doenças infectocontagiosas em geral, das doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente;

- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar;
- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando isso não for possível, garantir a continuidade do tratamento, através da adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando a promover a saúde através da educação sanitária;
- Desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da autoestima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente se torne mais saudável;
- Discutir de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou a participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Distrital de Saúde.

Para desenvolver suas atividades, a ESF é composta por equipes de saúde da família multiprofissionais que possuem, no mínimo, médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Essa composição multiprofissional das EqSFs representa uma das diretrizes operacionais da ESF, com o objetivo de ampliar o conhecimento e o leque de intervenções sobre os processos de saúde-doença, com o propósito de solucionar as demandas da população assistida. Além disso, a formação generalista dos profissionais está baseada numa prática não fragmentada, orientada aos indivíduos, suas famílias e suas comunidades (BRASIL, 2017c).

Outro ponto relevante refere-se à quantidade de agentes comunitários, que deve ser suficiente para cobrir toda a população cadastrada. Cada agente deve ser responsável por no máximo 750 pessoas e cada equipe de Saúde da Família não deve ultrapassar o número de 24 agentes comunitários de saúde. Assim, essas equipes possuem um território de abrangência definido, sendo responsáveis pelo cadastramento e o acompanhamento da população residente na área (BRASIL, 2017c).

Entre junho de 2001 e agosto de 2002, o Ministério da Saúde realizou uma avaliação nacional normativa do processo de implantação da ESF, buscando caracterizar o processo de implantação das EqSF quanto à infraestrutura das unidades, a gestão e o processo de trabalho das equipes. Um dos critérios avaliados refere-se ao quantitativo de pessoas

assistidas por equipe. Como parâmetro na avaliação, considerou-se que cada equipe deveria atender de 2.400 a 4.500 pessoas, na época. Como resultado, verificou-se que cerca de 79% das equipes estavam atuando de acordo com esses parâmetros, sendo que 13% das equipes estavam vinculadas a menos de 2.400 pessoas. Ressalta-se que quase 17% das equipes referiram uma população adscrita superior ao limite máximo preconizado e 4,0% não sabiam precisar a população de referência. Em nove unidades federadas, a população adscrita era maior do que 4.500 pessoas: Tocantins (20,3%), Alagoas (20,9%), Piauí (22,9%), Bahia (23,4%), Rondônia (23,6%), Ceará (25,5%), Roraima (25,9%), Pará (29,8%) e Distrito Federal (50,9%). Evidencia-se que, à exceção do Distrito Federal, os demais estados eram das Regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2004a).

Destaca-se que a definição do território de abrangência das equipes é fundamental para o desenvolvimento das atividades da ESF. A adscrição da população e a sua vinculação a uma unidade de saúde a partir do mapeamento territorial possibilitam definir a realidade da saúde da região, que está sempre mudando, e estruturar a atenção conforme a lógica do foco por problemas, atendendo assim às necessidades da população da região (BRASIL, 2004a).

No mesmo sentido, para Escorel et al. (2007), cada equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados, realizar visitas domiciliares e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica.

No que se refere à visita domiciliar, essa é uma importante atividade das EqSFs, pois promovem o conhecimento da situação da saúde da família, a realização de ações promocionais e preventivas e o acompanhamento dos membros da família, facilitando o estabelecimento de vínculos (BRASIL, 2004a), sendo inclusive um item avaliado no PCATool (BRASIL, 2010b).

Outra questão que promove a criação de vínculos entre os membros da equipe e a população atendida é a carga horária dos profissionais das equipes. De acordo com o Ministério da Saúde, o estabelecimento de carga horária de 40 horas melhora o desenvolvimento do processo de trabalho, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional, quanto assistencial. Na avaliação realizada pelo Ministério da Saúde entre 2001 e 2002, verificou-se que, formalmente, a maioria dos profissionais foram contratados com carga horária de 40 horas. Entretanto, estas não eram efetivamente cumpridas, especialmente pelos médicos e cirurgiões-dentistas (BRASIL, 2004a).

Buscando um melhor atendimento prestado pelas EqSFs, inicialmente, a PNAB (BRASIL, 2006c) definiu como áreas estratégicas a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da HA, o controle do DM, a eliminação da desnutrição infantil e a promoção da saúde da criança, da mulher e do idoso, bem como a saúde bucal.

Para atender da melhor forma possível essas áreas estratégicas elencadas, as EqSFs devem conhecer a realidade da sua comunidade, com seus contextos familiares e sociais, adequando os processos educativos, a promoção da saúde e a prevenção de doenças à realidade local. Além disso, as EqSFs não devem apenas triar e encaminhar os pacientes para os serviços especializados, espera-se que elas sejam resolutivas. Dessa forma, quando funcionam adequadamente, as equipes seriam capazes de resolver até 85% dos problemas de saúde em sua comunidade através da prevenção de doenças, da diminuição das internações desnecessárias e da melhora da qualidade de vida da população. (BRASIL, 2000).

2.3.1.1 A Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal

No Distrito Federal, a Estratégia Saúde da Família está inserida no Programa Temático 6202 – Brasília Saudável, que faz parte do objetivo estratégico “Ampliar a capacidade de atender às necessidades de saúde com foco na prevenção”, da diretriz “Viver bem, direito de todos”, constante do PPA 2016/2019, instituído pela Lei nº 5.602, de 30/12/2015, e posteriormente revisado pelo Decreto nº 37.517, de 26/07/2016, e pela Lei nº 5.787, de 22/12/2016 (DISTRITO FEDERAL, 2015). Conforme previsto no Programa, a rede de saúde da Secretaria de Saúde está em processo de mudança, especialmente no que se refere à estrutura da Atenção Primária à Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017e).

O objetivo geral do Programa Temático 6202 – Brasília saudável é:

Garantir acesso universal com equidade de todos os segmentos sociais a uma rede de atenção integral à saúde, com ênfase na ampliação da cobertura da atenção primária e da atenção especializada, na promoção à saúde, na prevenção de fatores que levam ao adoecimento e na educação em saúde para população. (DISTRITO FEDERAL, 2015, p. 19)

Destaca-se que esse objetivo geral está em consonância com o Plano Distrital de Saúde referente ao período 2016/2019, que foi aprovado mediante a Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 457, de 05 de abril de 2016 (DISTRITO FEDERAL, 2016a).

Para atingir o objetivo geral do Programa, foram elaborados 9 (nove) objetivos específicos que envolvem: atenção primária; promoção e educação em saúde e prevenção ao adoecimento; atenção especializada em saúde; redes de atenção; assistência farmacêutica;

vigilância em saúde; gestão do sistema único de saúde; educação superior em saúde e garantia de sangue e seus componentes e de exames especializados com qualidade e em quantidade adequada para a população do Distrito Federal.

A gestão da ESF parte do objetivo específico 001 - Atenção Primária, Promoção e Educação em Saúde e Prevenção ao Adoecimento, tem como objetivo:

Expandir e qualificar a oferta da atenção primária em saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família e de políticas públicas transversais para a oferta de ações voltadas aos cidadãos quanto aos fatores responsáveis pela boa saúde, a prevenção de fatores que levam ao adoecimento, para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, garantindo a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a equidade no atendimento das necessidades da população (DISTRITO FEDERAL, 2015, p.20)

Por sua vez, a Portaria n.º 77, de 14 de fevereiro de 2017, define como diretrizes da Estratégia Saúde da Família: acolhimento, classificação de risco, resolutividade, territorialização, adscrição, garantia de acesso e ordenação da rede de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017c).

A população estimada para o Distrito Federal, em 2015, foi de 2.914.830 (dois milhões, novecentos e catorze mil, oitocentos e trinta) habitantes e, segundo dados da ANS/MS, 35,30% da população residente no Distrito Federal possui plano de saúde próprio. Assim, pode-se considerar que cerca de 1.885.895 habitantes do DF dependem exclusivamente do SUS (DISTRITO FEDERAL, 2017b).

Além disso, no Distrito Federal, a cobertura da ESF era de 27,70%, em março de 2017, sendo a unidade federativa com a pior cobertura, bem abaixo da média nacional de 59,74%³. Dessa forma, considerando a cobertura de 27,70% equivalente a 807.407 pessoas atendidas, calcula-se que cerca de 42,81% das pessoas que dependem exclusivamente do SUS estavam cobertas por uma equipe da ESF em março de 2017.

A baixa abrangência das equipes da ESF já foi relatada pelo controle interno do Distrito Federal. De acordo com a Controladoria-Geral do Distrito Federal (CGDF), no que se refere à eficiência, os resultados apontam que a população coberta pelas equipes da ESF não estava de acordo com o estabelecido na PNAB de 2011, vigente à época de análise da CGDF, nem estava cadastrada em sua totalidade (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

No mesmo sentido, a CGDF apontou que a composição das equipes da ESF não promovia o desenvolvimento de ações em saúde na base territorial e ainda que a distribuição

³ Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2017.

das equipes não considerava o grau de vulnerabilidade da população do Distrito Federal, contrariando assim o disposto na Política Nacional de Atenção Básica de 2011 (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, as equipes de ESF e os ACS estão distribuídos por região, conforme a Tabela 3 – Distribuição das equipes da ESF e dos ACS no Distrito Federal, por região de saúde, dezembro/2016.

Tabela 3 – Distribuição das equipes da ESF e dos ACS no Distrito Federal, por região de saúde, dezembro/2016.

CNES/IBGE	Região	Dezembro/2016	
		Equipes de ESF	ACS
530060	Gama	30	98
530150	Santa maria	12	54
530140	Samambaia	40	121
530180	Taguatinga	4	20
530130	Recanto das emas	16	59
530040	Ceilândia	27	130
530020	Brazlândia	12	55
530110	Paranoá	14	57
530160	São Sebastião	14	58
530170	Sobradinho	18	52
530120	Planaltina	24	76
530010	Brasília	1	2
530030	Candangolândia	1	2
530070	Guará	14	47
530100	Núcleo bandeirante	3	4
530135	Riacho fundo	16	63
TOTAL		246	898

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp, definitivo dezembro/2016, acesso em 30/06/2017.

Conforme a Portaria n. ° 2.436/2017 GM/MS, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população, sendo 750 pessoas o número máximo de pessoas atendidas por um ACS (BRASIL, 2017c).

Além disso, no Distrito Federal, em 2016, houve um acréscimo de 3.000 para 3.750 pessoas assistidas por equipe (DISTRITO FEDERAL, 2017b). Com isso, verifica-se que, para 2016, uma equipe deve ter 5 ACS para cobrir 100% da sua população cadastrada. Posteriormente, a nova PNAB esclarece que, a partir de setembro de 2017, o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos conforme a definição local, ou seja, será definido pelo Distrito Federal (BRASIL, 2017c). Por sua vez, a SES/DF já especificou, no início de 2017, que uma equipe de saúde pode ter até 4.000 pessoas cadastradas no seu território (DISTRITO FEDERAL, 2017c).

Apesar do disposto acima, verifica-se que, no exercício de 2016, no CNES estavam cadastrados, em média, 3,65 ACS para cada EqSF. A única região que atingiu o mínimo de 5 ACS por equipe foi a região de Taguatinga. As regiões de Ceilândia e Brazlândia ficaram próximas do mínimo, com 4,82 e 4,58 ACS por EqSF, respectivamente. A região com a menor quantidade de ACS por EqSF foi o Núcleo Bandeirante, com uma média de 1,33 ACS por equipe, seguido de Brasília e Candangolândia, com uma média de 2 ACS por equipe.

Verifica-se uma pequena diferença dos dados apresentados no Relatório de Atividade Quadrimestral - RAQ 3º quadrimestre/2016 em relação ao pesquisado no site da Sala de Gestão do Ministério da Saúde (SAGE) e no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme apresentado na Tabela 4 – Cobertura das Equipes de Saúde da Família, SES-DF, 1º, 2º e 3º quadrimestres de 2016.

Tabela 4 – Cobertura das Equipes de Saúde da Família, SES-DF, 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2016.

Tipo	1º Quadrimestre		2º Quadrimestre		3º Quadrimestre	
	Nº de Equipes	Cobertura (%)	Nº de Equipes	Cobertura (%)	Nº de Equipes	Cobertura (%)
EqSF	239	30,75	250	32,16	248	31,91

Fonte: Distrito Federal, 2017b, p. 66.

No RAQ 3º quadrimestre de 2016, constam 248 EqSFs, com uma cobertura de 31,91%, em dezembro de 2016 (DISTRITO FEDERAL, 2017b). Apesar do mencionado no RAQ, no próprio site do CNES constam 246 equipes⁴ e no site da SAGE do Ministério da Saúde consta uma cobertura de 29,23%⁵ para o mesmo período. Essa baixa cobertura reflete nas emergências dos hospitais regionais, que se tornaram a porta de entrada dos usuários no Sistema de Saúde do Distrito Federal. Além disso, no Distrito Federal, as EqSFs possuem uma abordagem assistencial de baixa resolutividade, com condições precárias de trabalho, sem apoio de especialidades médicas e desconectada da atenção hospitalar, com isso há um ciclo perverso de desassistência da população e superlotação dos hospitais da rede (DISTRITO FEDERAL, 2017e).

Em 2016, a Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF) passou por um processo de reestruturação, conforme o Decreto n.º 37.057, publicado no DODF de 15 de janeiro de 2016. A Secretaria de Saúde dividiu o DF em 07 Regiões de Saúde (centro-sul,

⁴ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Arquivo com Profissionais em mais de uma equipe por UF/ em Municípios iguais ou diferentes na competência 12/2016. Disponível em: < http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>. Acesso em: 3 jul. 2017

⁵ Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2017.

centro-norte, oeste, sudoeste, norte, leste e sul), as quais contemplam as 31 Regiões Administrativas (DISTRITO FEDERAL, 2017e). Essas regiões constituem a base territorial para o planejamento e a programação das ações de saúde a serem realizadas pela atenção primária e de média e alta complexidade, conforme Figura 7 – Ilustração das Regiões de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

Figura 7 – Ilustração das Regiões de Saúde no DF.



Fonte: RAQ 3º Quadrimestre/2016, p. 50.

As Regiões de Saúde são representadas pelas sete superintendências que possuem estrutura administrativa para coordenar os estabelecimentos de saúde na sua abrangência, considerando o perfil social, demográfico e epidemiológico da população, os fluxos dos usuários, a situação geográfica, os fluxos migratórios naturais e as distâncias entre as Regiões Administrativas (DISTRITO FEDERAL, 2017b). Também foram observadas as identidades culturais e econômicas, além das redes de comunicação e a infraestrutura de transportes a partir do agrupamento das Regiões Administrativas (DISTRITO FEDERAL, 2017e).

Outro momento de mudança ocorreu com a Portaria n.º 77, de 14/02/2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. A Portaria determina uma conversão progressiva do modelo tradicional de Atenção Primária em Estratégia Saúde da Família. Tal fato visa a ampliar a cobertura pela ESF em todas as regiões que realizam um acompanhamento longitudinal da população, que é essencial para o cuidado do paciente com DM ou exposto a seus fatores de risco (DISTRITO FEDERAL, 2017c; DISTRITO FEDERAL, 2017e). Além disso, com a conversão para ESF, os valores de incentivos financeiros para as EqSFs implantadas tendem a aumentar.

Além do percentual de cobertura total, o RAQ 3º quadrimestre/2016 traz a cobertura por região de saúde, conforme Tabela 5 - Cobertura das Equipes de Saúde da Família, em porcentagem, por Região de Saúde, SES-DF, 1º, 2º e 3º quadrimestres, 2016.

Tabela 5 – Cobertura das Equipes de Saúde da Família, em porcentagem, por Região de Saúde, SES-DF, 1º, 2º e 3º quadrimestres, 2016.

Região de Saúde	Cobertura ESF (%)		
	1º Quadrimestre – 2016	2º Quadrimestre – 2016	3º Quadrimestre - 2016
Norte	39,25	46,30	44,79
Sul	44,71	57,86	56,22
Leste	45,72	45,72	47,35
Oeste	26,73	28,90	28,90
Sudoeste	32,72	28,87	28,87
Centro-Norte	1,31	1,31	1,31
Centro-Sul	27,07	26,22	24,32

Fonte: RAQ, 2017b, p. 68.

De um modo geral, verifica-se que a cobertura pela Estratégia Saúde da Família é insuficiente em todas as regiões. Analisando por região, de acordo com o RAQ 3º quadrimestre/2016, a baixíssima cobertura na região centro-norte deve-se à “existência de serviços tradicionais e de uma população com melhor situação socioeconômica do DF”. Para reverter essa situação e considerando as responsabilidades constitucionais do SUS, a SES/DF encaminhou uma proposta para alterar o modelo assistencial na Atenção Primária em Saúde, que está sendo discutida nas comunidades e na Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF) (DISTRITO FEDERAL, 2017b, p. 67).

Por sua vez, a região de saúde sul, composta por Gama e Santa Maria, possui uma cobertura de 56,22%, sendo a região que mais se aproxima da média nacional de 60,42%, em dezembro de 2016. Juntas, Gama e Santa Maria possuíam 42 (quarenta e duas) das 246 equipes cadastradas no CNES em dezembro de 2016, o que equivale a 17% das equipes cadastradas no Distrito Federal.

Outro ponto de controvérsia entre os dados do RAQ 3º quadrimestre/2016 e os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde refere-se à divisão das regiões de saúde. No RAQ 3º quadrimestre/2016, Brasília (Asa Sul) está localizada na região centro-sul e Brasília (Asa Norte) na região centro-norte (DISTRITO FEDERAL, 2017b). No entanto, no CNES, apesar de constar as regiões “Brasília (Asa Sul)” e “Brasília (Asa Norte)”, há apenas 1 equipe cadastrada na região “Brasília”. Fato semelhante foi observado com as regiões “Lago Sul” e “Lago Norte”, que também estão localizadas em regiões de saúde diversas e não possuem nenhuma EqSF cadastrada. Além disso, também não há nenhuma equipe cadastrada para as regiões Park Way, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento

(SCIA/Estrutural), Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal, Varjão, Águas Claras, Vicente Pires, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Sobradinho I, Sobradinho II, Fercal, Jardim Botânico e Itapoã.

O RAQ 3º quadrimestre/2016 traz também informação sobre o custo das regiões de saúde, por unidade de custo, conforme Tabela 6 - Custo da APS nas Regiões de Saúde, por unidade, quantidade, pessoal, materiais, serviços de terceiros, despesas gerais, custo médio mensal, SES-DF, 3º quadrimestre, 2016.

Tabela 6 - Custo da APS nas Regiões de Saúde, por unidade, quantidade, pessoal, materiais, serviços de terceiros, despesas gerais, custo médio mensal, SES-DF, 3º quadrimestre, 2016.

Região de Saúde	Unidade de Custo	Qtd	Custo médio mensal					Custo total (R\$)	
			Pessoal (R\$)	Materiais (R\$)	Serviços de terceiros (R\$)	Despesas Gerais (R\$)	Custo médio mensal (R\$)		Custo médio mensal por unidade (R\$)
Sul		24	7.918.528,81	274.134,11	552.190,43	29.630,81	8.774.484,16	365.603,51	35.097.936,63
Sudoeste		31	12.506.134,75	432.953,93	872.102,39	46.797,44	13.857.988,51	419.939,05	55.431.954,02
Oeste		22	12.429.737,08	430.309,09	866.774,88	46.511,56	13.773.332,60	626.060,57	55.093.330,42
Leste	Atenção Primária*	27	6.835.293,66	236.633,24	476.652,14	25.577,38	7.574.156,43	280.524,31	30.296.625,72
Norte		33	12.506.134,75	432.953,93	872.102,39	46.797,44	13.857.988,51	419.939,05	55.431.954,02
Centro Norte		10	5.549.106,91	192.106,33	386.961,24	20.764,53	6.148.939,01	614.893,90	24.595.756,04
Centro Sul		23	13.518.552,28	468.003,14	942.702,28	50.585,86	14.979.843,55	651.297,55	59.919.374,20
Total									315.866.931,05

Fonte: RAQ 3º quadrimestre, p. 41.

*Custos da Atenção Primária, CAPS e COMPP estimados tendo referência o custo real das unidades básicas de saúde da região oeste, com os seguintes percentuais: Pessoal (90,24%); Materiais (3,1%); Serv. de Terceiros (6,3%); Desp. Gerais (0,3%).

A Estratégia Saúde da Família integra a Unidade de Custo “Atenção Primária”. Com base nos valores acima, é possível ter uma noção do que é gasto na Estratégia Saúde da Família. Por exemplo, a região sul, que possui 42 equipes, com uma cobertura de 56,22%, possui um custo médio por unidade no valor de R\$ 365.603,51. Em contrapartida, a região oeste, que possui 39 equipes, com uma cobertura de 28,90%, possui um custo médio por unidade de R\$ 626.060,57. Verifica-se de um lado que, apesar de possuírem quantidades aproximadas de equipes, a região de saúde sul possui uma melhor cobertura, com um menor custo médio por unidade. Por outro lado, a região oeste possui cerca de metade da cobertura da região sul, com um custo médio 71% a mais do que a região sul.

A baixa cobertura pela ESF decorre da coexistência, sem integração, de dois modelos de organização da Atenção Primária de Saúde no Distrito Federal, um tradicional, realizado pelos Centros de Saúde Tradicionais, e outro, a Estratégia Saúde da Família. A ESF é considerada mais eficaz e com melhor qualidade para organização dos serviços, tendo antigamente um papel periférico na organização da APS no DF, com equipes dispersas e sem condições para ordenar as redes de atenção à saúde. Com isso, a ESF deixa de ser a porta de

entrada no sistema de saúde, pois a população busca entrar no sistema pelas emergências hospitalares (DISTRITO FEDERAL, 2016a).

Entretanto, com a edição das Portarias n.º 77, de 14 de fevereiro de 2017, e n.º 78, de 14 de fevereiro de 2017, a tendência é que os Centros de Saúde Tradicionais sejam convertidos em Estratégia Saúde da Família, considerada uma estratégia prioritária de organização da Atenção Primária (DISTRITO FEDERAL, 2017a). Tal intenção já estava presente no projeto Brasília Saudável, que tem dentre os seus princípios a conversão progressiva do modelo tradicional de Atenção Primária em Estratégia Saúde da Família (DISTRITO FEDERAL, 2016a). O Quadro 2 - Comparativo entre o modelo de abordagem tradicional e a Estratégia Saúde da Família resume as características desejadas para substituir a abordagem tradicional.

Quadro 2 - Comparativo entre o modelo de abordagem tradicional e a Estratégia Saúde da Família.

Características	Abordagem Tradicional	Estratégia Saúde da Família
Enfoque	Doença	Saúde
	Cura	Prevenção, Atenção e Cura
Conteúdo	Tratamento	Promoção da Saúde
	Atenção por episódio	Atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.
	Problemas específicos do paciente	Atenção abrangente
Organização	Acesso restrito	Acesso amplo
	Especialistas	Médicos da Família ou Clínico Geral
	Médicos	Profissionais da saúde
	Atendimento médico-centrado	Equipe multiprofissional
Responsabilidade	Apenas do setor de saúde	Ações intersetoriais
	Domínio do Profissional	Fortalecimento do controle social
	Recepção passiva do usuário	Autorresponsabilização do usuário

Fonte: Brasília Saudável: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Documento de referência, 2016, p.5.

A título de curiosidade, nos Estados Unidos, cerca de 62 a 65% dos pacientes diabéticos não mantêm condições de saúde sob controle, e tal resultado deve-se a um modelo de atenção centrado na atenção uniprofissional, especialmente nos médicos, à semelhança do que ocorre na abordagem tradicional dos centros de saúde no Distrito Federal (MENDES, 2012).

Outra questão que afeta a baixa cobertura pela ESF é a constituição e a qualificação das equipes de Saúde da Família. No Distrito Federal, dos 1.210 médicos que atuam na ESF, somente 30 são especialistas em “Medicina de Família e Comunidade” e 971 estão vinculados ao Programa Mais Médicos e ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Além disso, não há Agentes Comunitários de Saúde suficientes para desenvolver as ações de acompanhamento das famílias dentro do território adscrito. Com

isso, há equipes “não consistidas” que não são cadastradas no sistema de cadastro nacional do Ministério da Saúde. Além de reduzir a captação de recursos financeiros referentes ao PAB Variável, há uma deficiência no desenvolvimento das ações e das atividades da ESF e baixa resolutividade, com constantes encaminhamentos à atenção secundária e terciária fora dos critérios estabelecidos pelos protocolos assistenciais e de regulação (DISTRITO FEDERAL, 2016a).

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, são apresentadas as técnicas e os métodos utilizados para a realização da pesquisa proposta. Além disso, ele abordará: o tipo, o contexto e os participantes da pesquisa; os instrumentos e os procedimentos de coleta de dados, bem como as estratégias para a análise das informações e as fases para a construção e a validação do modelo lógico.

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória (CRESWELL, 2010), posto que possui como objetivo propor uma avaliação sistematizada pelo modelo lógico para melhorar a qualidade dos serviços prestados pela ESF. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador emprega diferentes alegações de conhecimento, baseando-se em perspectivas construtivistas e/ou participativas, explicando o comportamento e as atitudes com construções e hipóteses (CRESWELL, 2010). Além disso, Creswell (2010) destaca que as pesquisas qualitativas são baseadas no exame de documentos e em entrevistas com participantes, além da coleta de dados e informações, fruto do trabalho de campo do pesquisador. Por sua vez, Günther (2006) leciona que a pesquisa qualitativa se caracteriza por sua fácil flexibilidade e adaptabilidade. No mesmo sentido, as pesquisas qualitativas analisam e interpretam com detalhes o fenômeno para se tenha condições de descrever a complexidade do objeto analisado (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Creswell (2010, p. 38) destaca que o estudo de caso é uma “estratégia de investigação em que o pesquisador explora profundamente um programa”. No presente estudo, por meio da estratégia estudo de caso, foi aprofundado o estudo da atenção ao Diabetes Mellitus pela Estratégia Saúde da Família no DF para propor um sistema de avaliação com base nas contribuições do modelo lógico de avaliação.

3.2 Contexto da pesquisa

Devido à complexidade e dimensão da Estratégia Saúde da Família, foi necessário realizar um recorte do objeto do estudo para construir o modelo lógico de avaliação. O presente trabalho concentrou-se nos procedimentos das EqSFs para o diagnóstico e o tratamento do Diabetes Mellitus.

O termo Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (MILECH et al., 2016). Dessa forma, o DM é uma doença crônica prevalente não-transmissível que afeta a população de forma crescente. Classificado como uma epidemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tornou-se assim um importante problema de saúde pública, com uma estimativa da prevalência mundial em torno de 4,0% e, no Brasil, em torno de 7,6% (MARASCHIN et al., 2010). Em valores absolutos, atualmente, estima-se que a população mundial com DM seja em torno de 387 milhões, com projeção de 471 milhões em 2035. Um fato interessante refere-se à residência dessas pessoas. Cerca de 80%, ou seja, 310 milhões, vivem em países em desenvolvimento, onde há uma maior intensidade da epidemia e uma maior proporção de jovens com DM. Vários fatores contribuem para o aumento de pessoas com diabetes, são eles: crescimento aliado ao envelhecimento da população; ampliação do processo de urbanização; aumento da obesidade e sedentarismo; além do crescimento da expectativa de vida de pacientes com DM. Identificar os pacientes e estimar o número de pessoas com DM no futuro é essencial para um melhor planejamento e alocação de recursos para políticas públicas voltadas ao controle e o tratamento do DM (MILECH et al., 2016).

Destaca-se que a prevalência de doenças crônicas é afetada pelos determinantes sociais, tais como desigualdades sociais; forma de acesso aos bens, os serviços e as informações; e baixa escolaridade. Esses fatores determinam uma maior prevalência das doenças crônicas e suas complicações (SCHMIDT et al., 2011). Em 2014, o Ministério da Saúde definiu doenças crônicas como aquelas que “apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura” (BRASIL, 2014a, p.2).

A longo prazo, o DM não controlado pode ocasionar disfunção e falência de vários órgãos, mais comumente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Assim, o DM é responsável por complicações agudas, como hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar, e por complicações crônicas, como cegueira, retinopatia diabética, nefropatia, neuropatia e amputações. Dentre as complicações crônicas, o pé diabético, ou úlceras de pés, e as consequentes amputações são as mais graves (BRASIL, 2013b).

Na ocorrência de complicações agudas, o diabético e seus familiares ou amigos devem agir imediatamente para evitar que o estado clínico evolua. Para isso, as EqSFs devem

orientar o paciente e seus familiares (BRASIL, 2013b). Nos pacientes diabéticos, as complicações crônicas ocorrem com mais frequência do que nos não diabéticos. A título de exemplo, a cegueira ocorre mais de 30 vezes e as amputações de membros inferiores mais de 40 vezes nos pacientes diabéticos do que nos não diabéticos (DONELLY, 2000 apud BRASIL, 2013b). Com relação às amputações, estima-se que o DM seja responsável por 40% a 70% de amputações não traumáticas de membros inferiores, sendo que 85% dessas amputações são precedidas de ulcerações, associadas a neuropatia periférica, deformidades no pé e traumatismos (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001 apud Brasil, 2013b). Também, a incidência anual do pé diabético é alta, sendo que um diabético tem um risco de 25% em desenvolver o pé diabético ao longo da vida (BRASIL, 2013b).

Além das patologias de ordem física, há também uma maior prevalência, cerca de três vezes, de depressão em pessoas com DM do que os não diabéticos. Apesar de aparentemente saudáveis, os pacientes depressivos sofrem com a diminuição da autoestima, ficam desmotivados a seguirem as recomendações e o plano de autocuidado e, conseqüentemente, não controlam o DM. Com isso, aumenta-se o risco de surgirem complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2013b). Diante desse contexto, as equipes da Saúde da Família são essenciais no diagnóstico precoce e no controle do DM a fim de evitar as complicações agudas e crônicas.

Estudos apontam que os custos relacionados aos pacientes com DM giram em torno de 2,5 a 15% do orçamento da saúde de um país. Nos EUA, estimou-se que os custos com um paciente com DM eram de duas a três vezes maiores do que um paciente sem diagnóstico de DM. No Brasil, os custos giram em torno de 40,3 milhões, sendo 91% decorrentes de internações hospitalares. Destaca-se que o valor pode estar subestimado, pois nem todos os atendimentos realizados pelo SUS são devidamente registrados (MILECH et al., 2016).

Entretanto, os custos não são apenas os econômicos, pois há custos intangíveis, como a diminuição da qualidade de vida, que afetam tanto o paciente como sua família. Com isso, verifica-se a importância da atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família junto aos pacientes e familiares na prevenção das complicações decorrentes do DM (MILECH et al., 2016). Outros custos que devem ser levados em consideração são os decorrentes do absenteísmo, das aposentadorias precoces e da morte da população economicamente ativa. Estima-se que, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, sendo 85% com pelo menos uma doença crônica. Tal fato reflete na taxa de mortalidade por

doenças crônicas não transmissíveis que, nas últimas décadas, ultrapassou as taxas de mortalidade por doenças infectoparasitárias, constituindo assim um problema no Brasil e no Distrito Federal. De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças crônicas atingem mais a classe baixa da população e os grupos vulneráveis, sendo seus determinantes sociais as desigualdades sociais, o acesso a informações, bens e serviços, a baixa escolaridade, a inatividade física e a alimentação inadequada (DISTRITO FEDERAL, 2017e).

Em relação ao DM, a Secretaria de Saúde apresentou, de forma regionalizada, dados relacionando o número de óbitos e o coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelo DM no ano de 2015, conforme Tabela 7 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelo DM e local de residência, 2015.

Tabela 7 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelo DM e local de residência, 2015.

Região Administrativa	Número de óbitos	Coeficiente de mortalidade
SCIA (Estrutural)	2	155,2
Fercal	1	25,99
Ceilândia	49	23,6
Paranoá	6	22,7
Sobradinho II	8	20,91
Gama	15	20,6
Planaltina	17	20,46
Riacho Fundo I	4	20,2
Brazlândia	5	17,9
São Sebastião	7	17,7
Park Way	2	16,6
Itapoã	3	15,4
Recanto das Emas	9	15,3
Santa Maria	8	14,1
Samambaia	13	13,3
Taguatinga	15	12,9
Candangolândia	1	11,8
Águas Claras	7	11,7
Guará	7	11,0
Vicente Pires	3	8,9
Asa Norte	6	7,6
Sobradinho	3	6,96
Riacho Fundo II	1	5,7
Lago Norte	1	4,8
Cruzeiro	1	4,7
Asa Sul	2	3,7
Sudoeste/Octogonal	1	3,0
Varjão	0	0,0
Lago Sul	0	0,0
Núcleo Bandeirante	0	0,0
SIA	0	0,0
Jardim Botânico	0	0,0

Fonte: Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Distrito Federal, 2017e, p. 20-21, com adaptações.

Com base nos dados da Tabela 7 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelo DM e local de residência, 2015, verifica-se que, de um modo geral, o DM atinge mais a população de baixa renda, conforme apurado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a alta prevalência no Park Way decorre provavelmente de outros fatores, como a inatividade física, a alimentação inadequada, o tabagismo e o alcoolismo, que podem influenciar diretamente no coeficiente de mortalidade.

Assim, deve-se classificar e estratificar adequadamente o DM para otimizar os recursos alocados e proporcionar o tratamento mais apropriado, com maior índice de sucesso de controle glicêmico (MARASCHIN et al., 2010). A classificação proposta pela OMS e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) compreende quatro categorias clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Além dessas quatro, existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCV) (MARASCHIN et al., 2010; MILECH et al., 2016).

O tratamento do DM previne também a ocorrência de doença cardiovascular (DCV), que nos indivíduos diabéticos possui uma prevalência maior de 3 a 4 vezes, tendo o dobro de mortalidade se comparada à mortalidade da população geral. Vários fatores favorecem uma maior ocorrência de DCV nos diabéticos, como a hiperglicemia e a resistência à insulina, além da HA sistêmica, a dislipidemia, a obesidade e outros (SIQUEIRA; ALMEIDA-PITITTO; FERREIRA, 2007).

No mesmo sentido, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001b) destaca que a HA e o DM são os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Com relação ao DM, as complicações mais frequentes são o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular encefálico (AVE), a insuficiência renal crônica, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, o aborto e as mortes perinatais. Outro ponto que merece destaque são os custos elevados para tratamento dos pacientes diabéticos devido à alta taxa de permanência hospitalar e à severidade das complicações, que podem demandar procedimentos de alta complexidade.

Um fato relevante refere-se ao aumento da incidência do DM tipo 1, que é a segunda doença crônica mais comum na infância, atrás apenas da asma, especialmente nas faixas etárias menores. De forma semelhante, observa-se o crescimento da incidência de DM tipo 2 em crianças e adolescentes. Apesar de desconhecer as possíveis causas desse acréscimo, verifica-se que o aumento da obesidade na adolescência contribui para o

fenômeno. Isso é um fato preocupante, pois há uma epidemia de obesidade infantil, que está associada a doenças como hipertensão, dislipidemia e DM. Outra possível causa é o componente genético. Verifica-se que os fatores genéticos são mais evidentes no DM tipo 1 do que no DM tipo 2. Entretanto, um estudo realizado em São Paulo constatou que houve um aumento de crianças e adolescentes com excesso de peso e com antecedentes familiares com DM tipo 2, ou seja, o antecedente familiar é significativo na ocorrência de DM tipo 2 nessa faixa etária. Além disso, para dificultar o tratamento, o estudo sugeriu que, nessa faixa etária, a ação da insulina pode ser prejudicada pela obesidade (MILECH et al., 2016).

Destaca-se que, nas últimas décadas, houve um aumento de sobrepeso e obesidade em crianças, adolescentes e adultos, tornando-se uma epidemia mundial, presente tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (GOMES et al., 2006; BLUMENKRANTZ apud MARIATH et al., 2007). No Brasil, cerca de 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. Em 2003, a OMS estimou que o excesso de peso era responsável por 58% da prevalência do Diabetes Mellitus tipo II (BRASIL, 2013a). É considerado excesso de peso quando o Índice de Massa Corporal (IMC) alcança valor igual ou superior a 25 kg/m². Por sua vez, a obesidade é diagnosticada quando o IMC é igual ou superior a 30 kg/m² (MENDES, 2012). A mudança no padrão alimentar pode estar associada ao novo estilo de vida da população, que prioriza os alimentos industrializados, de fácil preparo e consumo, em detrimento dos produtos *in natura*. Além disso, a mudança no padrão alimentar aliada à inatividade física favorece o aumento do sobrepeso e da obesidade na população (DISTRITO FEDERAL, 2017e).

Em 2015, no Distrito Federal, a frequência do excesso de peso foi de 47,9%, sendo maior entre os homens (51%) do que entre mulheres (45%). Se comparada com a de 2006, a frequência aumentou 8,1% no DF. Com relação à obesidade, a frequência foi de 14,4%, cerca de 4,4% maior em relação ao ano de 2006. Diferentemente do excesso de peso, a frequência de obesos entre as mulheres é maior (14,8%) em relação aos homens (13,8%). Enfim, tanto nos homens como nas mulheres, a frequência de excesso de peso e obesidade cresceram em relação a 2006. (DISTRITO FEDERAL, 2017e).

Diante desse contexto, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/01/2001), Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e a regulamentação complementar definiram as responsabilidades e as atividades estratégicas mínimas para garantir a atenção básica ao DM, a saber: diagnóstico de casos pela investigação em usuários com fatores de risco; cadastramento dos portadores pela alimentação e análise de sistemas de informação; busca ativa de casos pela visita domiciliar; tratamento dos casos pelo acompanhamento

ambulatorial e domiciliar, além da educação terapêutica em diabetes e do fornecimento de medicamentos e curativos; monitorização dos níveis de glicose do paciente pela realização de exame dos níveis de glicose pelas unidades de saúde; diagnóstico precoce de complicação com a realização de exames; primeiro atendimento de urgência com prioridade para as complicações agudas e outras intercorrências; encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade com o agendamento do atendimento e medidas preventivas e de promoção da saúde com ações educativas (BRASIL, 2001a).

No mesmo ano, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus apresentou suas diretrizes com o objetivo geral de (BRASIL, 2001b, p. 10):

Estabelecer as diretrizes e as metas para a Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Sistema Único de Saúde, através da atualização dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo, assim, a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde.

O Plano de Reorganização da Atenção dividiu-se em quatro etapas: capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HA e ao DM; campanha de informação e de identificação dos casos suspeitos de HA e DM e promoção de hábitos saudáveis de vida; confirmação diagnóstica e início da terapêutica e cadastramento e vinculação dos pacientes portadores de HA e DM nas unidades básicas de saúde. As equipes de saúde da família são importantes na confirmação diagnóstica e no início da terapêutica e no cadastramento e na vinculação dos pacientes às UBS (BRASIL, 2001b).

Destaca-se que o DM pode permanecer assintomático por muito tempo, sendo seu diagnóstico clínico realizado não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por isso, é importante que as equipes de saúde da família estejam atentas tanto para os sintomas do diabetes como para seus fatores de risco (BRASIL, 2013b).

Para auxiliar na atualização dos profissionais da atenção básica, o Ministério da Saúde lançou em 2013 o Caderno de Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Nesse caderno, utilizaram os graus de recomendação propostos pela Oxford Centre for Evidence Based Medicine e os níveis de evidência propostos pelo Sistema Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) como embasamento teórico.

Diante desse contexto, a atuação da Estratégia Saúde da Família na atenção básica é essencial para auxiliar na efetivação das atividades propostas, pois, até março de 2017, estimou-se uma cobertura de 59,74% da população brasileira pelas EqSFs⁶.

Esse dado é relevante, pois pode indicar se o diagnóstico populacional para o controle dessa doença tem ocorrido a contento e se as EqSFs têm conhecimento dos diabéticos da sua área de cobertura. Além disso, contribui não só para a análise das condições de saúde da população atendida como também para a avaliação das ações das equipes no diagnóstico e no controle do DM.

Especificamente no Distrito Federal, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) não possui dados sobre a quantidade de diabéticos cadastrados e conseqüentemente atendidos pelas equipes de saúde da família. A SES/DF alega que atualmente não possui um sistema unificado de cadastro de pacientes com DM, sendo que cada unidade básica realiza seu cadastro e atendimento dos pacientes em suas respectivas áreas de abrangência. No entanto, a SES/DF estima que 7% da população acima de 18 anos residente no DF são portadores de diabetes⁷, dado também presente no Protocolo de Atenção à Saúde Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Ao ser questionada sobre a realização de monitoramento e avaliação do atendimento prestado pelas equipes de saúde da família, a SES/DF informou que a DIPLAN/COPLAN/SUPLANS faz o monitoramento e a avaliação de ações e indicadores, que especificamente a ESF é monitorada e avaliada na cobertura populacional atendida pelas EqSFs e que, no 1º Quadrimestre de 2017 (janeiro a abril), o resultado foi de 34,01%. No que se refere ao monitoramento e a avaliação da qualidade do atendimento, a SES/DF informa que esta será registrada no PLANIFICA SUS, que ainda está em implantação e monitoramento, e não está atualmente explícita nos instrumentos de planejamento até 2017⁸.

Apesar da baixa cobertura no Distrito Federal, Pereira (2007) afirma que há um contexto de oportunidades para a consolidação da ESF no Brasil, fato ratificado pela edição das Portarias Distritais n.º 77, de 14 de fevereiro de 2014, e n.º 78, de 14 de fevereiro de 2014. Entretanto, destaca que há muitos desafios devido ao histórico da atenção à saúde no país, marcado por perspectivas do modelo médico-assistencialista; ao contexto macroeconômico,

⁶ Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2017.

⁷ CGDF. Pedido de Informação n.º 00060000330201747, 2017.

⁸ CGDF. Pedido de informação n.º 00060000326201789, 2017.

com recursos escassos; ao aumento dos custos pela incorporação de tecnologia e à complexidade do perfil epidemiológico no país.

Com isso, a avaliação da atuação da ESF no diagnóstico e no controle do DM, com base no modelo lógico, é primordial para identificar, controlar e monitorar a doença, evitando assim suas complicações.

3.3 Participantes da pesquisa

A escolha dos participantes, locais, documentos e material analisados foi intencional, ou seja, foram selecionados aqueles necessários para entender o problema e a questão de pesquisa (CRESWELL, 2010). Ressalta-se que foi mantido o foco na aprendizagem sobre a questão com o participante, não se atendo apenas ao exposto na literatura ou na própria convicção sobre o problema, conforme preconizado por Creswell (2010).

As entrevistas foram realizadas com pessoas associadas à ESF, começando com aqueles estreitamente ligados com sua implementação e, em seguida, com os gestores regionais (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010).

Foram selecionados 4 gestores lotados na Sede da SES/DF responsáveis pela gestão central da atenção primária à saúde e da atenção aos pacientes diabéticos, a gestão das EqSFs e a gestão das doenças e agravos não transmissíveis. Nas sete regiões de saúde, foram entrevistados os responsáveis regionais pela atenção primária à saúde ou pelas áreas programáticas. As entrevistas com os gestores regionais foram realizadas após a resposta da SES/DF ao questionamento realizado no portal da transparência do Distrito Federal (<http://www.transparencia.df.gov.br>) de que “cada superintendência tem autonomia e responsabilidade pela operacionalização do programa em suas regiões como a definição de fluxos, o cadastro de pacientes, o matriciamento de profissionais, a gestão local de materiais, etc.”⁹

3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A pesquisa qualitativa emprega mais de um instrumento de coleta, análise e interpretação de dados (CRESWELL, 2010). No presente estudo, foram utilizados dois métodos de coleta de dados, a pesquisa documental e as entrevistas semiestruturadas individuais, também conhecidas como semidiretivas (BARDIN, 2009; CRESWELL, 2010).

⁹ CGDF. Pedido de informação n.º 00060000330201747, 2017.

Antes de iniciar a pesquisa, o projeto foi registrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISPNEP) por meio da Plataforma Brasil, www.saude.gov.br/plataformabrasil, que é uma base nacional e unificada de todas as pesquisas que envolvem seres humanos de todos os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Na plataforma, as pesquisas cadastradas podem ser acompanhadas em todos os estágios, desde a submissão, até a aprovação final pelo CEP/CONEP, inclusive com o acompanhamento da fase de campo e o envio de relatórios parciais (a cada 6 meses após o início da pesquisa) e relatório final ao término da pesquisa. Ao submeter o projeto, deve-se anexar documentos solicitados pelos Comitês para a revisão ética do projeto, em meio digital, pela internet. Esses documentos poderão ser posteriormente acessados pela sociedade, contribuindo assim para a transparência e a agilidade do processo.

Após a submissão, a própria Plataforma Brasil identifica o(s) CEP(s) que analisa(m) o projeto e encaminha o processo para apreciação do CEP correspondente. A presente pesquisa foi analisada e aprovada por dois CEPs. O primeiro foi o do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília, que é a instituição de origem da pesquisadora, CAAE 70609317.4.0000.5540. O segundo CEP foi o da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS/SES/DF, que é a instituição em que foram coletados os dados e realizadas as entrevistas, sendo considerada uma instituição coparticipante, CAAE 70609317.4.3001.5553.

Destaca-se que os Comitês de Ética em Pesquisa devem garantir que as pesquisas sejam realizadas dentro dos preceitos éticos, priorizando o cumprimento dos prazos (conforme cronograma anexo ao projeto submetido), bem como o fornecimento de orientações ao pesquisador (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

Deve-se também ressaltar que a ética se vincula a três pré-requisitos: “percepção dos conflitos (consciência das contradições humanas); autonomia para escolher (competência para se posicionar entre os sentimentos e a razão) e coerência na decisão (uma lógica entre pensamento e ação)” (COHEN, 2008, p. 473).

Diante desse contexto, os Comitês têm como missão proteger os pesquisadores e as instituições de pesquisa, além de fomentarem o aperfeiçoamento do trabalho, no caso de detectarem ajustes nos projetos de pesquisa, contribuindo para a minimização dos desconfortos e/ou dos riscos a que os participantes possam estar submetidos e a maximização dos benefícios à sociedade. Com isso, há uma redução de pesquisas com falhas éticas que possam comprometer a pesquisa (BARBOSA; BOERY; FERRARI, 2012).

No mesmo sentido, os trabalhos desenvolvidos pelo CEP contribuem para que a ciência realize pesquisas dentro de padrões éticos cada vez mais elevados, respeitando o direito à vida em todas as formas e, especialmente, a integridade biopsicossocial do ser humano em todas suas relações, tanto com outros seres humanos como com o meio ambiente que o cerca (BARBOSA; BOERY; FERRARI, 2012).

Assim, após a aprovação nos dois Comitês de Ética em Pesquisa, para entender a dinâmica da atenção básica da ESF ao DM, foi realizada uma pesquisa documental nos sítios da internet e nas dependências da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Wolff (2004 apud Flick, 2009, p. 231) define documentos como “artefatos padronizados na medida em que ocorrem tipicamente em determinados formatos”.

A pesquisa documental ocorreu nos documentos oficiais e nas publicações administrativas tanto do Ministério da Saúde como da Secretaria de Saúde do DF, considerados fontes primárias. Também foram utilizados na construção do modelo lógico os livros: *As redes de atenção à saúde* (MENDES, 2011) e *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família* (MENDES, 2012), além das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) (MILECH et al, 2016). Creswell (2010) relata como vantagem da pesquisa documental o acesso à linguagem e os termos utilizados pelos participantes e as instituições, além de não haver necessidade de transcrição. Apesar dessas vantagens, os documentos podem estar em lugares de difícil acesso, além de incompletos ou não serem autênticos ou precisos. A utilização da pesquisa documental auxiliou a entender o contexto da origem da ESF e a escolha do DM como foco de atuação das equipes da Saúde da Família, além de aprofundar o conhecimento sobre o desenvolvimento das atividades da ESF relacionadas ao diagnóstico, o controle e o tratamento do DM. Com isso, o conhecimento adquirido auxiliou na identificação dos componentes do modelo lógico.

Além disso, para aprofundar a pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais (MARCONI; LAKATOS, 2010; CRESWELL, 2010) com o objetivo de coletar mais informações sobre a atenção ao DM pelas equipes em cada regional de saúde. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no local de trabalho de cada participante, em sala reservada, com duração média de 1 hora. Foi utilizado um roteiro para direcionar o entrevistado a conversar sobre os assuntos presentes no roteiro, ou seja, a fala do entrevistado foi relativamente espontânea (BARDIN, 2009). No mesmo sentido, Marconi e Lakatos (2010) destacam a flexibilidade do pesquisador em acrescentar novas indagações ao longo da entrevista. Esse método tem como principais vantagens possibilitar a

obtenção de dados mais precisos e que não se encontram em fontes documentais (MARCONI; LAKATOS, 2010), além de garantir o contato direto do pesquisador com os gestores das instituições, associado à observação de como eles se comportam dentro do seu contexto, que é uma característica da pesquisa qualitativa (CRESWELL, 2010). O apêndice B conta com o roteiro base com os principais temas a serem abordados durante a entrevista, tais como: objetivos, metas, ações, público-alvo, principais ações e atores, organização, resultados esperados da atenção ao DM dentro da ESF e forma de atuação das EqSFs. Antes de cada entrevista, houve um momento para esclarecimento sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, com os riscos e os benefícios da pesquisa, além de apresentação dos objetivos do estudo e o esclarecimento de eventuais dúvidas, seguido da assinatura do termo e da autorização para gravação, assegurado o sigilo da identificação das respostas (CRESWELL, 2010). Destaca-se que, na autorização constante no Apêndice A deste projeto, foram garantidos os princípios éticos da pesquisa, conforme preconizado por Creswell (2010). Posteriormente, as entrevistas foram transcritas para facilitar a análise das informações.

3.5 Análise do conteúdo

Após a coleta e a tabulação dos dados da pesquisa documental e das entrevistas, foi realizada a análise do conteúdo das informações. Creswell (2010) recomenda que a análise ocorra mediante leitura, organização e interpretação das informações coletadas na pesquisa documental e nas transcrições das entrevistas.

Em seguida, após o exame de todos os dados das entrevistas e a extração do sentido deles, foi realizada a pré-análise, que tem por objetivo a organização propriamente dita (FRANCO, 2008). Depois de organizados, os dados foram distribuídos em categorias presentes no modelo lógico (CRESWELL, 2010). Bardin (2009, p. 145) define categorização como “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. Além disso, leciona que, na pesquisa qualitativa, os pesquisadores analisam o que enxergam, ouvem e entendem, sendo suas análises associadas a suas origens, história, contextos e entendimentos anteriores.

Para analisar o conteúdo das informações coletadas, seguiu-se as seguintes orientações de Creswell (2010): os dados foram organizados e preparados para análise; todos os dados foram lidos para obter uma percepção geral das informações e refletir o que

significam; o texto foi segmentado em categorias, conforme os componentes do modelo lógico e, após a interpretação, foi extraído o significado dos dados.

Durante todos os passos da pesquisa, observou-se os conceitos de validade e confiabilidade qualitativa. A validade qualitativa refere-se à precisão dos resultados com o uso de procedimentos pelo pesquisador e a confiabilidade qualitativa significa que a abordagem do pesquisador é consistente entre diferentes pesquisadores e diferentes projetos (GIBBS, 2007 apud CRESWELL, 2010).

Por fim, depois de analisados todos os materiais disponibilizados e as transcrições das entrevistas, entendeu-se que a quantidade de informações era suficiente para a sua sistematização no exercício de pré-montagem do modelo lógico, com identificação de 6 (seis) categorias que foram descritas e articuladas em conformidade com a relação de causalidade correspondente: 1- Recursos; 2- Ações; 3- Atividades; 4- Produtos; 5- Resultados intermediários; 7- Resultados finais. Todas as categorias foram mantidas após a validação pelo comitê tradicional.

As principais informações referentes aos procedimentos metodológicos propostos para o desenvolvimento dos objetivos da pesquisa estão sintetizadas na Quadro 3 – Resumo da metodologia da pesquisa.

Quadro 3 - Resumo da Metodologia da pesquisa.

METODOLOGIA DA PESQUISA			
Abordagem	Qualitativa		
Estratégia	Estudo de Caso		
Natureza	Descritiva e exploratória		
Técnica de pesquisa	Bibliográfica	Documental	Entrevista semiestruturada individual
Instrumentos	Pesquisa em base de dados e bibliotecas	Documentos escritos internos e externos	Roteiro de entrevista
Fonte de dados	Secundária	Primária	Primária
Levantamento e coleta de dados	Banco de dados, Portal de Periódicos, repositórios e bibliotecas	Arquivos do MS e da SES/DF e internet	Agendamento e aplicação do roteiro de forma presencial
Tipo de material	Artigos, dissertações, teses, livros, legislações	relatórios, manuais, legislações, projetos, sistemas de dados; documentos e informações gerais publicadas no site do MS e da SES/DF, planos estratégicos	Transcrições das entrevistas
Registro dos dados	Fichamentos e resumos	Leitura, seleção de fragmentos e marcações	Anotações, gravações e transcrições
Análise do conteúdo	X	Organizar, categorizar, analisar e tratar os dados dos fragmentos retirados dos documentos analisados	Organizar, categorizar, analisar e tratar os dados das entrevistas

Fonte: Elaborado pela autora.

3.6 Construção do modelo lógico

A construção do modelo lógico é dividida em cinco fases: coleta das informações, definição do problema e seu contexto, identificação dos componentes do modelo lógico, desenho do modelo lógico e validação do modelo lógico (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010).

3.6.1. Fase1 – Coleta de Informações

Para elaborar o modelo lógico de um programa existente, é essencial que o avaliador recolha informações relevantes para o programa a partir de várias fontes (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010). Apesar da coleta de informações se concentrarem na fase 1, Mclaughlin e Jordan (2010) orientam que a coleta de informações seja contínua ao longo da construção do modelo lógico.

Foram utilizados dois métodos de coleta de dados. O primeiro foi a pesquisa documental em relatórios, manuais, legislações, projetos, sistemas de dados, documentos e informações gerais publicadas e divulgadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (MARCONI; LAKATOS, 2010) e planos estratégicos (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010). De forma semelhante, no estudo sobre desenvolvimento de modelos de avaliação da efetividade de programas de treinamento, Meneses e Abbad (2009) relatam que o modelo lógico foi desenvolvido a partir de análises documentais dos materiais oferecidos pela instituição. Em complemento, Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007) lecionam que a análise documental deve agrupar toda a documentação e a informação disponível sobre o programa, que será essencial para a preparação das entrevistas.

O segundo método utilizado foi a entrevista semiestruturada individual presencial com 11 servidores da SES/DF selecionados conforme descrição no item 3.3 Participantes da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010; CRESWELL, 2010).

Durante a pesquisa documental e as entrevistas, Mclaughlin e Jordan (2010) ressaltam que o pesquisador deve estar atento às mudanças no contexto que podem influenciar o desempenho, tais como rotatividade de pessoal, mudanças na economia e novas políticas relacionadas à ESF. Na pesquisa em questão, foram observadas as alterações no contexto, com publicação de normativos tanto federais como distritais e aprovação, no ano de 2017, do Protocolo de Atenção à Saúde Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde.

3.6.2. Fase 2 – Definição do problema e seu contexto

A base para o desenvolvimento do modelo lógico é a definição clara do problema da política. A atenção ao DM pela ESF deve ser fundamentada em uma compreensão do problema que impulsionou a necessidade de monitoramento e avaliação. Essa compreensão deve estar descrita claramente no problema geral (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010).

No mesmo sentido, Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007) destacam que o problema que gera o programa deve ser extraído das informações coletadas das entrevistas e da pesquisa documental. As informações obtidas nessa fase devem ser consistentes, pois servirão de suporte para a identificação dos componentes do modelo lógico (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007).

Para definir o problema e seu contexto, Mclaughlin e Jordan (2010) orientam: procurar o que impulsiona a necessidade do programa; definir os principais fatores que “causam” o problema, inclusive aqueles que “causam” o problema, porém não são abordados pela política, apesar de fazerem parte do seu contexto; observar se a política pode ser alterada para aproveitar fatores contextuais externos e identificar possíveis parcerias de desempenho com outros programas ou organizações cujos resultados afetem os da política.

Também nessa fase, é imprescindível a análise do contexto externo sob os quais a política foi implementada e de como essas condições afetam os resultados auxiliando na definição do problema (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010). Nesta pesquisa, os fatores de contexto identificados que influenciam tanto positivamente como negativamente foram elencados no final dos resultados.

3.6.3. Fase 3 - Identificação dos componentes do modelo lógico

Nesta fase, as informações coletadas foram categorizadas (recurso, ação, atividade, produtos, resultados intermediários e resultados finais) e algumas foram posteriormente reclassificadas em outras categoriais. Também foi definido o público-alvo da política pública (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010).

Inicialmente, elaborou-se uma sequência linear simplificada, ou seja, os resultados da primeira linha levam às atividades na segunda linha, e os resultados da segunda linha levam às atividades da terceira linha. Depois dessa sequência básica inicial, foram incluídas as interações entre os componentes, demonstrando que os resultados do programa não ocorrem apenas em um processo linear (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010).

Para facilitar essa fase, Mclaughlin e Jordan (2010) orientam: colocar os resultados em sequências, mapear para frente e para trás afim de desenvolver e verificar a lógica do programa, fazer perguntas (Como isso acontece? Por que fazemos isso? Se isso, então isso? Se isso, então o que acontece?), verificar as associações com outros programas e parceiros e limitar o número de grupos de atividade a não mais de cinco a sete.

O processo de verificação vai além de determinar se todos os componentes foram identificados. Para realizar a verificação, foram realizadas perguntas com o “como” e o “por que”, esse processo é conhecido como *forward and backward mapping*. Outra forma de obter informações é fazer uma lógica reversa, ou seja, perguntar por que um resultado pode não ocorrer ou quais os fatores não programáticos que atrapalham o sucesso da política (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010). A lógica reversa foi também utilizada na inclusão de resultados intermediários e finais no momento validação do modelo lógico pelo comitê tradicional.

3.6.4. Fase 4 – Desenho do modelo lógico

Após a análise dos documentos e das entrevistas com os atores envolvidos com a política, inicia-se a construção do modelo lógico (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2004), que deve representar a teoria da política e abranger os principais aspectos do funcionamento do programa (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Para construir um modelo lógico, Mclaughlin e Jordan (2010) recomendam: começar com formas mais simples do diagrama, para depois elaborar diagramas mais complexos; pensar em mais de um modelo, pois múltiplos modelos podem mostrar diferentes níveis de detalhes e atividades; limitar a quantidade de palavras e setas no diagrama; fornecer mais detalhes em gráficos separados ou numa narrativa escrita; mostrar apenas as relações mais críticas. Todas essas recomendações foram observadas na construção do modelo lógico, que teve várias versões até chegar ao modelo completo validado pelo comitê tradicional.

Por sua vez, Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007) orientam a não inclusão de informações que não foram previamente coletadas, pois isso pode acarretar que uma ação seja insuficiente para garantir o respectivo resultado. Dessa forma, ressaltam que essa inconsistência deve ser analisada na validação do modelo lógico antes de ser inserida no diagrama. Outra recomendação, apesar do desenho de um programa ter lógicas muito complexas, é que a visão linear pode ser uma simplificação útil. As lacunas observadas nos

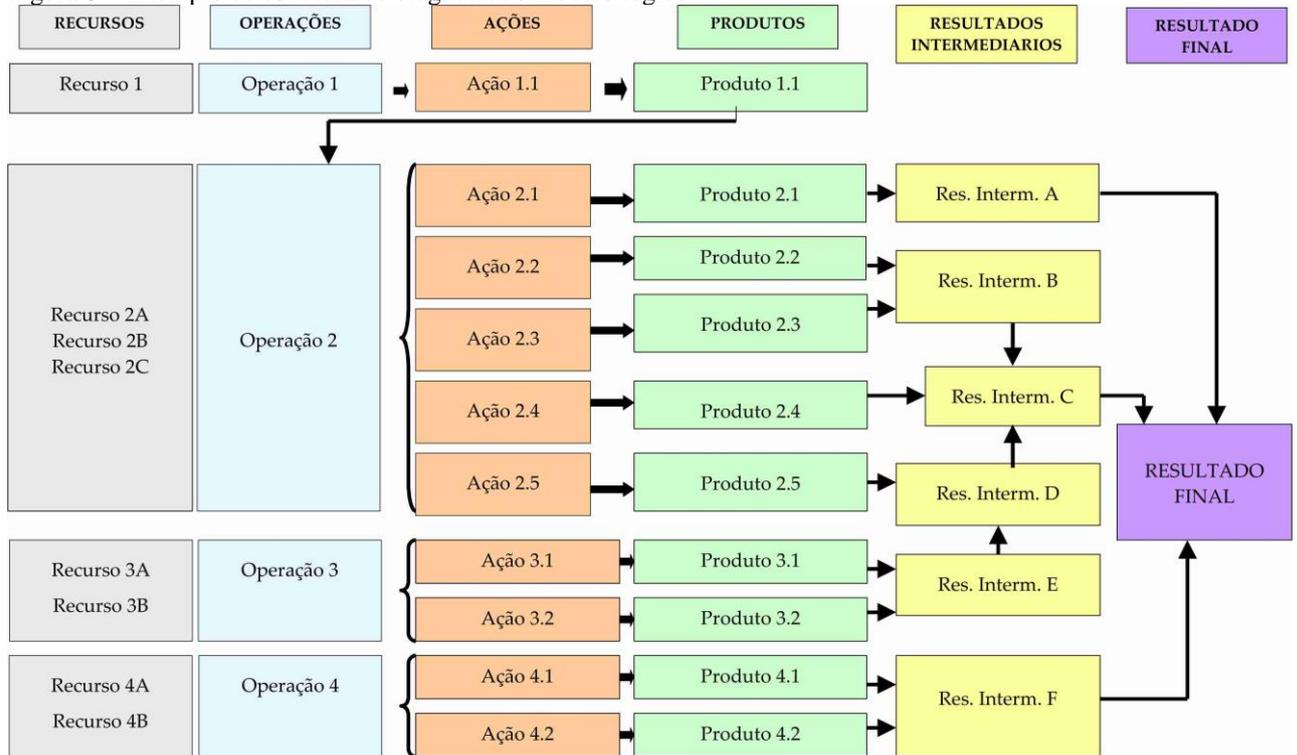
documentos e nas entrevistas foram anotadas e levadas para discussão na validação pelo comitê tradicional.

Em complemento, destaca-se que as relações causais devem estar evidentes no diagrama, de forma que seja possível ver claramente a relação entre o que o programa deve produzir e o resultado a que se propõe (CASSIOLATO; GUERESI, 2010; MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010).

No que se refere à apresentação do modelo lógico, Mclaughlin e Jordan (2010) relatam que há várias formas de apresentação, sendo o mais comum um diagrama com colunas e linhas de caixas contendo descrições abreviadas e relações causais expostas por conexões de setas. Na presente pesquisa, foi utilizada essa forma de apresentação por fornecer uma visão completa e mais simplificada da política.

Para desenhar o modelo lógico, Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007) orientam a utilização de seis colunas: recursos, operações, ações, produtos, resultados intermediários e resultado final, conforme Figura 8 - Exemplo de estrutura de diagrama do modelo lógico. A coluna recursos, que preferencialmente deverá ser preenchida por último, compreende tanto recursos próprios quanto recursos de terceiros ou programas complementares (FERREIRA; CASSIOLATO, GONZALEZ, 2007).

Figura 8 - Exemplo de estrutura de diagrama do modelo lógico.



Fonte: Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007), p. 12.

Destaca-se que há várias nomenclaturas utilizadas na construção do modelo lógico. Os “recursos” e os “produtos” estão presentes em toda literatura pesquisada. Por sua vez, alguns utilizam operações e/ou ações e/ou atividades. Na presente pesquisa, optou-se por utilizar os termos ações e atividades, para detalhar como essas ações serão desenvolvidas, com seus respectivos produtos. Os resultados podem ser subdivididos em curto, médio e longo prazo, que é o resultado final. Na presente pesquisa, optou-se pelo termo resultado intermediário, abrangendo os resultados de curto e médio prazo, posto que os resultados intermediários identificados estão presentes tanto no curto quanto no médio prazo.

Em seguida, a coluna “ações” deve ter sua correspondente atividade e produto, que é algo diretamente gerado pela atividade do programa. Há possibilidade de que o produto de uma atividade seja um recurso ou uma pré-condição para outra ação, sendo essa possibilidade representada por setas (FERREIRA; CASSIOLATO, GONZALEZ, 2007).

A penúltima coluna dos resultados intermediários especifica as mudanças nas causas do problema que levam ao resultado final. Um ou mais produtos podem gerar um resultado intermediário, assim como um produto pode contribuir para mais de um resultado intermediário. Se a política for complexa, há a possibilidade de um resultado intermediário gerar outros resultados intermediários que contribuirão para o resultado final. Dessa forma, verifica-se que a definição dos resultados intermediários pode ser a parte mais complexa do desenho do modelo lógico. Ressalta-se que tanto o resultado final quanto os intermediários devem ser validados (FERREIRA; CASSIOLATO, GONZALEZ, 2007).

Por fim, depois de incluir todos os elementos nas colunas e estabelecer as relações causais, revisitou-se o fluxograma “de trás para frente”. Questionou-se, por exemplo, se todos os resultados intermediários são necessários e suficientes para atingir o resultado final e se os produtos são suficientes para gerar os resultados intermediários (FERREIRA; CASSIOLATO, GONZALEZ, 2007).

3.6.5. Fase 5 - Validação do modelo lógico

O processo de validação envolve as partes interessadas no processo de revisão. Para isso, foi utilizado o diagrama do modelo lógico e um texto de suporte com informações não constantes no diagrama, mas complementares ao seu entendimento. Além de perguntas elaboradas com “por que” e “como”, recomenda-se questões como: O nível de detalhe é suficiente para compreender os elementos e suas inter-relações? A lógica do programa está completa? Todos os elementos se encaixam logicamente? Existem outros caminhos plausíveis

para alcançar os resultados do programa? Os principais fatores contextuais externos foram identificados e suas potenciais influências descritas? (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010).

Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007) definiram o que deve ser observado na validação do modelo lógico pelo pesquisador:

- Checagem dos componentes do modelo lógico - Nessa etapa, verificou-se cada ideia contida nas caixas do diagrama da pré-montagem. Também foram verificados se os fatores do contexto externo foram considerados na construção do modelo.
- Teste de consistência do modelo lógico - Buscou-se descrever a lógica do programa com hipóteses e com assertivas “se-então”, como, por exemplo, se tais atividades, então obtenho tais produtos; se determinados produtos são realizados, então tais resultados intermediários são obtidos.
- Teste de Vulnerabilidade – Nessa fase, identificou-se os elementos da invalidação da estrutura do modelo lógico decorrentes das assertivas “se-então”. Após mapear as condições de invalidação, busca-se identificar estratégias capazes de remover os elementos de invalidação.
- Análise da pertinência e da suficiência das operações – Verificou-se se as ações são necessárias e suficientes para o alcance do resultado final do programa. Observou-se se há lacunas na programação, que foram levadas para análise pelo comitê tradicional no momento da validação do modelo lógico.
- Verificação final – Nessa fase, recomenda-se que quatro questões sejam respondidas: O nível de detalhe é suficiente para criar entendimentos dos elementos e suas inter-relações? A lógica do programa está completa? A lógica do programa está teoricamente consistente, ou seja, todos os elementos ajustam-se logicamente? Há outros caminhos plausíveis para alcançar os resultados do programa?

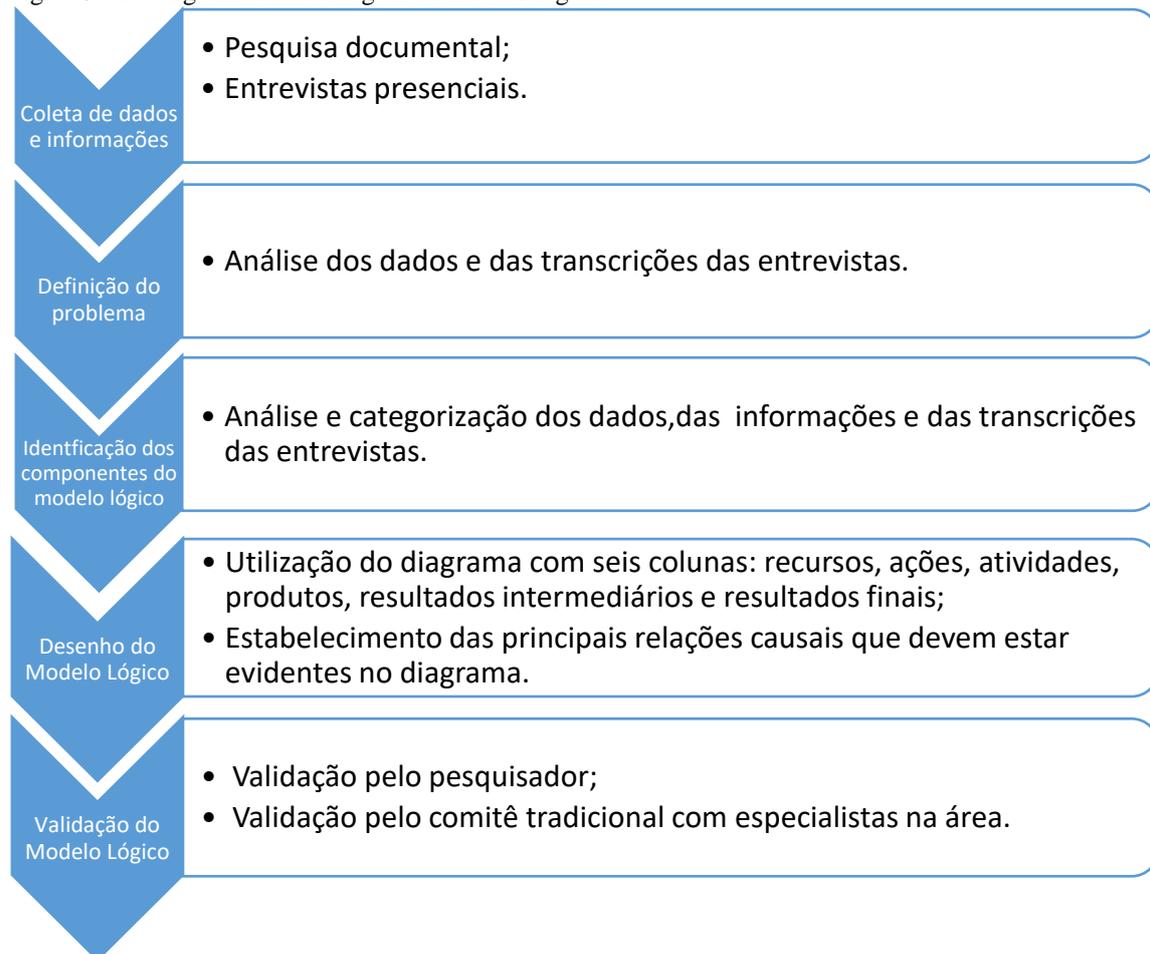
Após a validação do modelo lógico pela pesquisadora, foi realizada a validação pelo comitê tradicional, com duas especialistas: uma professora do mestrado profissional em ciências para a saúde e outra médica endocrinologista, coordenadora geral do Programa de Diabetes na SES/DF. Após a realização do convite, foi enviada para as especialistas uma breve explicação sobre o modelo lógico, que foi novamente explanado pela pesquisadora no dia da validação, com solução de eventuais dúvidas em relação à metodologia aplicada. Com

a autorização das especialistas, a validação foi gravada e posteriormente transcrita para facilitar a análise e o resgate das considerações apresentadas.

A técnica do comitê tradicional envolve a discussão aberta presencial sobre um assunto entre especialistas selecionados, à semelhança do que foi desenvolvido por Larcher (2016) na proposta de avaliação do Plano ABC com base no modelo lógico. Sua grande vantagem é a oportunidade de troca de ideias e confronto de opiniões divergentes. Entretanto, tem como desvantagem a influência do “argumento de autoridade”, com possibilidade de prevalecer a opinião daquele que for mais persuasivo (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005).

Após essas etapas, foram ponderadas todas as observações, as opiniões e as considerações das especialistas para finalmente validar o diagrama do modelo lógico. Por fim, a Figura 9 – Fluxograma da abordagem do modelo lógico traz uma visão geral das fases que foram desenvolvidas para a construção do modelo lógico.

Figura 9 - Fluxograma da abordagem do modelo lógico.



Fonte: Elaborado pela autora.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nessa seção, serão apresentados os resultados da construção do modelo lógico da atenção ao Diabetes Mellitus pela Estratégia Saúde da Família. A identificação dos componentes, bem como de suas relações, ocorreu com base na análise documental, nas entrevistas com gestores do órgão central e dos órgãos das sete regiões de saúde e na validação pelo comitê tradicional.

Ao apresentar a questão e os objetivos da pesquisa, verificou-se, basicamente, três tipos de reações dos entrevistados e das especialistas do comitê tradicional. Os entrevistados que trabalhavam no órgão central, já participaram de outra pesquisa com o Modelo Lógico relacionado ao programa de doenças crônicas não transmissíveis. Assim, esses entrevistados já compreendiam a importância da aplicação do Modelo Lógico para o monitoramento e avaliação de um programa. Por sua vez, os entrevistados das regionais, entenderam que se tratava de um instrumento de avaliação, mas não tinham o entendimento consolidado da metodologia, como os gestores da sede. Por fim, as especialistas do comitê tradicional receberam, previamente à validação, um texto explicativo sobre o Modelo Lógico além da apresentação sobre a metodologia e esclarecimento de eventuais dúvidas. Como as especialistas analisaram e validaram o Modelo Lógico elaborado na pesquisa, a compreensão da relevância da aplicação do Modelo Lógico no monitoramento e avaliação da atenção do DM pela ESF foi integral.

Após a coleta dos dados, foram definidos o público-alvo, o problema da política e os seus fatores de contexto, que estão relacionados no item 4.6 Fatores de Contexto. O público-alvo são as pessoas com fatores de risco para o DM e os pacientes já diagnosticados como diabéticos. Por sua vez, seguindo os ensinamentos de Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007), que orientam a definição do problema que gera o programa a partir de informações coletadas das entrevistas e da pesquisa documental, solicitou-se à SES/DF informações acerca de monitoramentos e avaliações dos atendimentos prestados pelas EqSFs. Em resposta, a SES/DF informou que a qualidade do atendimento prestado pelas EqSFs será registrada no PLANIFICA SUS, ainda em implantação. O único monitoramento e avaliação realizado pela DIPLAN/COPLAN/SUPLANS é a cobertura populacional estimada, que está no Plano Distrital de Saúde e no Plano Plurianual (2016/2019)¹⁰, pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família. Dessa forma, verificou-se que o problema identificado é a ausência de sistematização, monitoramento e avaliação da atenção às pessoas com fatores de risco para o

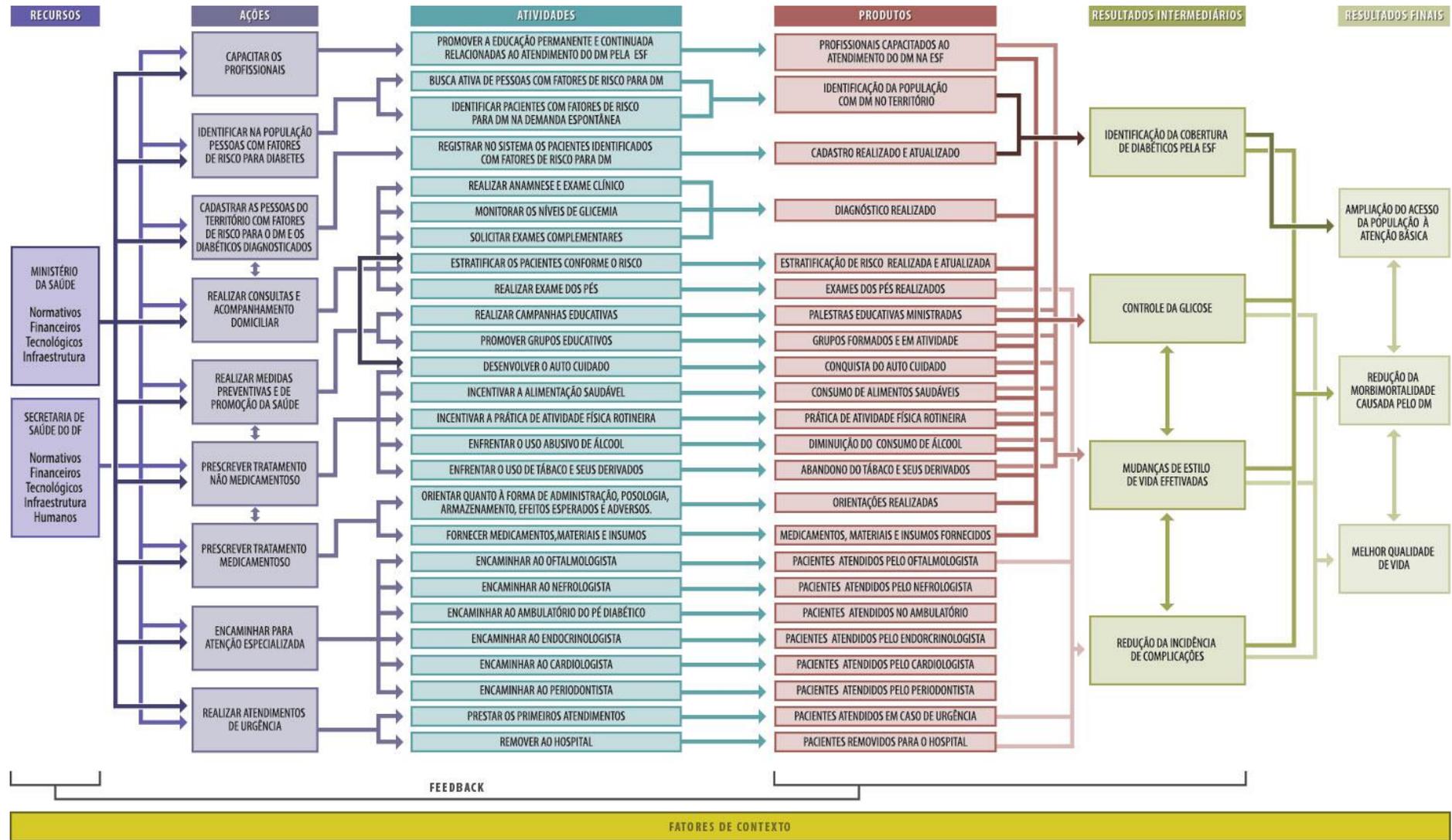
¹⁰ CGDF. Pedido de informação n.º 00060000326201789, 2017.

DM e aos pacientes já diagnosticados como diabéticos pelas equipes de Saúde da Família no DF.

Ressalta-se que os componentes do modelo lógico não são exaustivos, posto que o objetivo deste trabalho é propor um sistema de avaliação para a atenção ao Diabetes Mellitus pela Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal com base nas contribuições do modelo lógico de avaliação. Para tanto, realizou-se o exercício de montagem do modelo lógico com os principais componentes do atendimento ao paciente diabético pelas equipes de Saúde da Família no Distrito Federal.

O modelo lógico final e validado está representado na Figura 10 – Modelo lógico validado.

Figura 10 – Modelo lógico validado.



Fonte: Elaborada pela autora.

4.1 Recursos

Os recursos são os primeiros componentes do modelo lógico. Eles compreendem tanto aspectos normativos como tecnológicos, financeiros e humanos (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2004; ROCHA et al., 2016). Foram identificados como recursos o Ministério da Saúde, responsável pelos recursos normativos, tecnológicos, financeiros e de infraestrutura, e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, responsável pelos recursos normativos, tecnológicos, financeiros, de infraestrutura e humanos.

Com relação aos recursos normativos editados pelo Ministério da Saúde, que devem ser observados em todo o território nacional, cita-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde, de 26 de janeiro de 2001; a Portaria n.º 399/2006 – GM/MS, que aprova o Pacto pela Saúde; a Portaria n.º 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS; o Decreto n.º 7.508/2011, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080/1990; a Portaria n.º 483/2014 – MS, que redefine a RAS das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS; a Portaria n.º 2.4368/2017 GM/MS, que aprovou a nova PNAB; o Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus, publicado em 2001; os Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica - Diretrizes e Orientações, publicados em 2004; além dos Cadernos de Atenção Básica e as diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, elaboradas em 2013.

Por sua vez, a SES/DF também é responsável pela emissão de normativos (BRASIL, 2017c) como, por exemplo, as Portarias n.º 77 e 78 de 2017 e a Resolução n.º 465 do Conselho de Saúde do DF, publicada em 2016. Além desses, há documentos norteadores como o Protocolo de Atenção à Saúde – Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde, aprovado em 2017; a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, publicada em 2016; a Nota Técnica n.º 02/2017 da Diretoria de Assistência Farmacêutica, emitida em julho de 2017; e os Guias das Oficinas da Planificação da Rede de Atenção iniciada em 2017. Vários entrevistados relataram utilizar tanto os normativos expedidos pelo Ministério da Saúde como pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal como parâmetros no atendimento às pessoas com fatores de risco para o DM e aos pacientes já diagnosticados como diabéticos.

No que se refere aos recursos tecnológicos, o MS desenvolveu, como parte do processo de informatização do SUS, o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que é uma

estratégia do Departamento de Atenção Básica do MS com o objetivo de reestruturar as informações da AB em nível nacional. O e-SUS AB está alinhado com a reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do MS, que considera a gestão da informação essencial para ampliar a qualidade no atendimento à saúde (BRASIL, 2017a).

A Portaria n.º 97 – MS, de 6 de janeiro de 2017, recomenda que o registro das informações do SISAB seja realizado com o uso dos sistemas de “software” da estratégia e-SUS AB. A Portaria ainda estabelece que as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão encaminhar os dados registrados por meio de estratégia de transmissão mensal estabelecida pelo Ministério da Saúde. Além disso, compete ao MS a responsabilidade de disponibilizar os sítios eletrônicos e as versões atualizadas do e-SUS AB, necessários para a rotina mensal de envios de dados ao SISAB (BRASIL, 2017a). Para facilitar a utilização, o DAB/MS disponibilizou no site <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php> o download do sistema, o passo a passo para implantação e alguns materiais de apoio, como o manual do sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS.

Por seu lado, a SES/DF é responsável por analisar os dados gerados pelos sistemas de informação, divulgar periodicamente relatórios de indicadores da AB, além de alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação (BRASIL, 2017c). No entanto, apurou-se que a SES/DF não provê recursos tecnológicos de conectividade e materiais suficientes para o desenvolvimento das ações em saúde. As ferramentas e os dispositivos de TI disponíveis não dão suporte às EqSFs nem fornecem o controle de produtividade dos profissionais dessas equipes (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

Para solucionar essa questão e fortalecer a ESF, o Conselho de Saúde do Distrito Federal determinou, por meio da Resolução n.º 465, de 4 de outubro de 2016, que a “SES/DF providencie os instrumentos necessários em tecnologia da informação específica para a Atenção Primária à Saúde” (DISTRITO FEDERAL, 2016c, p. 8).

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas. No caso em questão, é responsabilidade da União e do Distrito Federal. O financiamento federal é composto por: recursos *per capita* que levam em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos; recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica; recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços; recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica e recursos de investimento (BRASIL, 2017c).

Com relação à infraestrutura, a Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece como ação para fortalecer a AB a ampliação do financiamento e o investimento em infraestrutura das unidades de saúde para melhorar a ambiência dos locais de trabalho (BRASIL, 2010a). Assim, cabe tanto ao MS como à SES/DF garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes (BRASIL, 2017c).

No que se refere aos recursos humanos, cabe à SES/DF selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente. Apesar de não ser diretamente responsável pelos recursos humanos, cabe ao MS também desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação e a educação permanente e continuada dos profissionais, além de garantir os direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas (BRASIL, 2017c).

4.2 Ações e atividades

Neste tópico, serão analisadas as ações e as atividades de forma conjunta devido à grande inter-relação entre elas.

As principais ações identificadas para o atendimento de pacientes diabéticos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família foram: capacitar os profissionais das EqSFs, identificar na população pessoas com fatores de risco para o diabetes, cadastrar as pessoas do território com fatores de risco para o DM e os diabéticos diagnosticados, realizar consultas e acompanhamento domiciliar, realizar medidas preventivas e de promoção da saúde, prescrever tratamento não medicamentoso, prescrever tratamento medicamentoso, encaminhar para a atenção especializada e realizar atendimentos de urgência.

A primeira ação proposta no modelo lógico é a capacitação dos profissionais das EqSFs, que está diretamente relacionada à adesão ao tratamento (MILECH et al., 2016), tornando assim a capacitação das equipes uma ação essencial para transformar as práticas de saúde (BRASIL, 2004a). Além disso, compete ao DF desenvolver ações para a formação e a

garantia de educação permanente aos profissionais de todas as equipes que atuam na AB (BRASIL, 2017c).

No Brasil, em 2004, cerca de 42,6% dos médicos e 46% dos enfermeiros das equipes de saúde da família realizaram capacitações em Diabetes Mellitus. No Distrito Federal, esse percentual era de 55,8% para os médicos e 72,5% para os enfermeiros das equipes capacitadas, bem acima da média nacional (BRASIL, 2004a).

A importância da capacitação foi reforçada na Portaria n.º 483, de 1º de abril de 2014, que em seu art. 6º preconiza a competência do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde do Distrito Federal de garantir que todos os estabelecimentos de saúde tenham recursos humanos capacitados e qualificados (BRASIL, 2014a).

No Distrito Federal, o Programa Brasília Saudável: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal colocou como uma das suas ações de médio prazo a capacitação das equipes, com curso de 6 meses para os não especialistas que farão parte das EqSFs, com perspectiva de obtenção de titulação em Saúde da Família (DISTRITO FEDERAL, 2016a). A necessidade de capacitação para fazer parte das EqSFs foi abordada no trecho da entrevista a seguir:

Boa parte dos nossos médicos não são médicos de família de formação, eles têm outras especialidades e fizeram concurso para médico de família. O DF não exige que ele tenha feito a residência, ele não exige. Então, eu tenho ortopedista, que é médico de família, eu tenho oftalmologista que é concursado como médico de família, eu tenho pediatra que é médico de família. Enfim, então, a partir do momento que ele passou no concurso eu subentendo que ele assumiu e sabe, mas eu vejo que não, que tem orientações de insulina completamente desatualizadas (Entrevistado n.º 9).

No mesmo sentido, também em 2016, a Carteira de Serviços da Atenção Primária da Saúde incluiu uma observação de que é fundamental que sejam oferecidas condições, por meio de capacitações dos profissionais, para o desenvolvimento das ações elencadas no documento (DISTRITO FEDERAL, 2016b).

Apesar disso, verificou-se que as equipes de saúde da família carecem de “qualificação para a realização eficiente de acolhimento, a promoção de vinculação e a corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde dos usuários”. Em 2016, constatou-se que somente 21,7% dos profissionais responsáveis pelo acolhimento realizaram capacitação para avaliar e classificar o risco e a vulnerabilidade dos usuários (DISTRITO FEDERAL, 2017a, p. 94).

Em 2017, com a instituição do processo de conversão e adaptação do modelo tradicional de Atenção Primária para a ESF, a Portaria n.º 77, de 14 de fevereiro de 2017,

estabeleceu que a educação permanente das equipes é competência da Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) e das regionais de saúde. Para isso, deverá ser elaborado pelas Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) um cronograma anual de educação permanente e continuada voltada para os profissionais e as equipes, considerando as necessidades epidemiológicas, ambientais e sanitárias identificadas e os principais temas de atuação no território (DISTRITO FEDERAL, 2017d). Em entrevistas, houve relatos da realização de capacitações nas regionais de saúde, conforme trechos a seguir:

A gente tem tido cursos que primeiro foi voltado para o currículo de nível superior, médicos e enfermeiros. Vai ter agora um movimento na nossa própria região que a gente quer trabalhar com os técnicos e os agentes comunitários. Fora esses cursos específicos, processo de trabalho de estratégia, a gente tem sempre cursos de atualização em diabetes, tem os matriciamentos, tem o *locus*, ou educação continuada (Entrevistado n.º 3).

Atualmente, com o *Converte* a gente tem tido muito alinhamento com a administração central, até para ter um alinhamento na questão da capacitação, a gente tem um cronograma, após esse cronograma que é feito junto da secretaria. A DIRAPS pode desenvolver outras atividades para complementar essa capacitação do *Converte*, a gente viu a saúde da criança, da mulher, das doenças crônicas não transmissíveis, a demanda espontânea, os matriciamentos (Entrevistado n.º 6).

Um profissional que estava acostumado com a saúde da mulher há anos e ele vai ter agora que fazer todas as linhas de cuidado em todos os ciclos de vida inclusive o pé diabético. Então, ele precisa ter essa capacitação, até capacitação do curativo e tudo, então nós já começamos esse processo (Entrevistado n.º 8).

Do mesmo modo, a capacitação das equipes foi reforçada na Portaria n.º 78, de 14 de fevereiro de 2017, para o desenvolvimento da prática da ESF. A Portaria estabelece também em seu artigo 8º, parágrafo 1º, as competências que devem ser desenvolvidas de forma teórica e prática (DISTRITO FEDERAL, 2017d):

- Organização e funcionamento da Estratégia Saúde da Família;
- Pré-natal de risco habitual, puerpério e rastreamento de câncer de mama e de colo uterino;
- Crescimento e desenvolvimento de crianças até dois anos;
- Atendimento a pacientes hipertensos;
- Atendimento a pacientes diabéticos e
- Atendimento à demanda espontânea em Atenção Primária.

Seguindo o disposto na Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, que preconiza as capacitações conforme as necessidades loco-regionais numa região (BRASIL, 2004a), e analisando o contexto em que o programa está inserido, uma regional de saúde identificou a necessidade de discutir e capacitar os profissionais sobre o autocuidado. Para

chegar a um entendimento comum, realizaram um seminário, conforme trecho da entrevista a seguir:

O que é autocuidado? Começa por aí. A gente chegou a fazer um seminário de autocuidado, veio uma professora lá do Rio Grande do Sul, porque o que a gente viu, que quando for autocuidado sequer a gente tinha o entendimento comum do que era autocuidado, cada um entendia autocuidado de uma forma [...] o que quer se entender com autocuidado e para a gente pensar em estratégias (Entrevistado n.º 9).

A importância da ação “identificar na população pessoas com fatores de risco para diabetes” pode ser comparada ao preconizado pela norma técnica ISO 31.000 que trata da Gestão de riscos — Princípios e Diretrizes. Pela norma, uma vez não identificado o risco, este não será incluído em análises posteriores, ou seja, não será analisado, nem tratado (NBR-ISO 31000:2009). De forma semelhante, se houver falha na identificação dos pacientes diabéticos, pessoas deixarão de ser incluídas no cadastro, não realizarão consultas e conseqüentemente não serão tratadas pelas equipes. Dessa forma, a identificação é o primeiro passo para o tratamento desses pacientes. Para auxiliar nessa identificação, a SES/DF elencou no Protocolo de Atenção à Saúde - Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017f, p.4) os seguintes fatores de risco:

- Idade superior a 45 anos,
- Sobrepeso (IMC \geq 25 kg/m²),
- Obesidade central - circunferência abdominal (> 94 cm para homens e > 80 cm para mulheres),
- Antecedente familiar de diabetes,
- Dislipidemia: triglicérides > 150 mg/dl e/ou HDL < 35 mg/dL,
- Mulheres com história de diabetes gestacional ou de macrosomia (recém-nascido com mais de 4kg),
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos,
- Doença cardiovascular,
- Cerebrovascular ou vascular periférica definida e
- Adultos assintomáticos com pressão arterial (PA) sustentada maior que 135/80 mmHg.

Além desses fatores de risco, deve-se observar também os seguintes sintomas: poliúria, polidipsia, polifagia, perda involuntária de peso, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

A identificação dos diabéticos pode ser realizada por meio de duas atividades: busca ativa de pessoas com fatores de risco para o DM nos domicílios do território adscrito e identificação de pacientes com fatores de risco para DM na demanda espontânea à rede de atenção à saúde ou em campanhas educativas promovidas pela SES/DF.

A busca ativa de pessoas com fatores de risco para o DM nos domicílios depende da territorialização, que é uma metodologia utilizada para definir a abrangência de atuação

das equipes para adequar o modelo assistencial ao perfil populacional (DISTRITO FEDERAL, 2017c). Atualmente, a territorialização está em processo de redefinição, pois, no exercício de 2017, as unidades de atendimento tradicional na atenção básica estão em processo de conversão para a Estratégia Saúde da Família. O CONVERTE, como é comumente chamado pelos gestores, iniciou-se após as publicações das Portarias n.º 77, de 14/02/2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, e n.º 78, de 14 de fevereiro de 2014, que disciplina o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. O CONVERTE determina uma conversão progressiva do modelo tradicional de Atenção Primária em Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de ampliar a cobertura pela ESF em todas as sete regiões de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017c, 2017d, 2017e). Com isso, novas equipes estão sendo consistidas e conseqüentemente o território adscrito está em fase de ampliação e redefinição. Tal fato foi mencionado nas entrevistas realizadas, conforme trechos a seguir:

O modelo aqui era predominantemente o modelo tradicional, e agora, diante da publicação das novas Portarias n.º 77 e 78, a gente está tendo uma conversão do modelo para Estratégia Saúde da Família, [que] está permitindo uma ampliação da cobertura (Entrevistado n.º 2).

A gente ampliou, era quarenta por cento, e a gente conseguiu ampliar para quase setenta por cento após a conversão, que é essa organização que a gente está fazendo das equipes (Entrevistado n.º 3).

A gente no início sem nada, sem o CONVERTE, sem nada, a gente estava entorno de 25%. Com o CONVERTE a gente não recebeu nenhum médico ainda, mas com as adesões, a reorganização de território a gente chega entorno de 30%, subiu um pouquinho mais (Entrevistado n.º 6).

Apesar de várias regiões relatarem a vantagem do aumento da cobertura com o processo de conversão, houve relato de resistência por parte de profissionais em aderirem às equipes de Saúde da Família:

Nós tivemos muita resistência, tivemos um embate muito grande com os sindicatos, então houve uma mobilização muito grande dos sindicatos se manifestando contra. Nós tivemos uma adesão muito grande por parte dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem, mas tivemos uma adesão baixa por conta dos médicos, até por conta do sindicato. Eles alegavam que essa mudança você pega o médico que é gineco, que é pediatra e passa a fazer um atendimento de todos os ciclos de vida, e o sindicato foi contra isso sob a alegação de se o médico entrou para ser gineco tem que atender somente mulheres (Entrevistado n.º 8).

Depois de definido o território, o Agente Comunitário de Saúde realiza a busca ativa nos domicílios. Em agosto de 2017, o Distrito Federal contava com 292 EqSFs e 956 ACS cadastrados no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde),

sendo essa quantidade insuficiente para atender a população adscrita. No caso dos ACS, devido a uma questão judicial, a SES/DF não pode contratar novos ACS (Entrevistado n.º 11). Assim, com um número reduzido de agentes, outros membros das equipes estão indo a campo para identificar os pacientes com fatores de risco para o diabetes, conforme relatado em entrevista.

Foram todos para rua, inclusive nutricionistas se envolveram, teve uma nutricionista que fez um depoimento muito interessante, ela falou: eu fui até a casa de fulano, agora eu entendo por que que não estava dando certo, e nunca ia dar certo (Entrevistado n.º 6).

Além da busca ativa, as equipes devem também identificar as pessoas com fatores de risco para o DM quando a pessoa procura a equipe de forma espontânea ou nas campanhas educativas realizadas na comunidade.

Após a identificação dos pacientes do território adscrito, inicia-se o cadastramento das famílias com pessoas com fatores de risco para o diabetes e os diabéticos diagnosticados. Desde quando a Estratégia Saúde da Família se chamava Programa Saúde da Família, o cadastramento das famílias e sua atualização permanente já fazia parte das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2000). Com a evolução da Estratégia, a ação de cadastramento dos pacientes ainda persiste (BRASIL, 2001a, 2001b, 2011, 2013b; DISTRITO FEDERAL, 2017h), sendo essencial para a marcação de consultas e a posterior estratificação de riscos, bem como para a construção de relações de vínculo entre as equipes de saúde da família e a população adscrita (MENDES, 2012). Além disso, as equipes devem verificar constantemente os dados do cadastro da sua população para analisar o perfil demográfico, discutir o diagnóstico local e atualizar o número de pacientes com DM, bem como a estratificação de risco de cada um (DISTRITO FEDERAL, 2017g).

Mendes (2012) destaca que somente com um bom cadastro poder-se-á romper um dos maiores problemas do SUS, que é a gestão da oferta de serviços. Dessa forma, para ter um “bom cadastro”, este deve ser realizado, preferencialmente, num sistema informatizado, que facilita a produção de relatórios, dados estatísticos e até mesmo do monitoramento e da avaliação das ações e das atividades realizadas pelas equipes de Saúde da Família. Também considera que é “virtualmente impossível” a atenção efetiva às condições crônicas, como o Diabetes Mellitus, sem um sistema de informação que forneça instantaneamente os dados da população, da subpopulação e de cada pessoa. Além disso, o cadastro informatizado serve como base para o planejamento de cuidados de todos os pacientes, estratificados conforme o risco, com o feedback de evolução do tratamento, que é introduzido durante as consultas

(MENDES, 2012). Do mesmo modo, as referências para a atenção especializada e as contra-referências, que são o retorno do paciente da atenção especializada para as EqSFs, são melhor aproveitadas nos prontuários eletrônicos decorrentes dos cadastros nos sistemas informatizados.

Apesar da importância do cadastro no sistema, as unidades no Distrito Federal não estão completamente informatizadas, nem todas as equipes tem rede de internet, por exemplo (DISTRITO FEDERAL, 2017a). Ressalta-se que a emissão de relatórios ou planilhas contendo informações consolidadas que comprovem o registro dos usuários com DM é utilizada pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) para comprovar as ações das EqSFs (BRASIL, 2016b). Apesar disso, os sistemas disponíveis não fornecem relatórios gerenciais. Com isso, não há 100% de cadastro das famílias num sistema informatizado. Para tentar suprir a ausência de cadastro no sistema, as equipes anotam em livros de registro, planilhas no Excel e prontuários físicos, conforme relatos dos entrevistados:

Aí entrou o e-SUS, a gente ainda está num dilema, porque o e-SUS, eu tenho algumas unidades ainda que não tem internet, então a gente decidiu, a gente quer que todo mundo trabalhe com ele off-line, que você pode usar off-line, né, até que se tudo seja restaurado e para a gente poder usar online, a gente estava nesse dilema (Entrevistado n.º 6).

Baseado nesse formulário a gente faz o levantamento de dados. Se for identificado ali um caso de hipertensão ou diabetes, aí o meu acompanhamento passa para essa planilha que é uma planilha que a gente consegue, como é uma tabela dinâmica do Excel, a gente consegue fazer um acompanhamento mais detalhado do paciente. Ela serve até para levantamento na tomada de decisão para eu saber, por exemplo, quantos pacientes não tem glicosímetro, quantos pacientes, por exemplo, são insulinizados, então baseado nisso eu consigo até fazer um levantamento de oferta de insumos (Entrevistado n.º 8).

Ressalta-se que o cadastro tem caráter dinâmico, sendo um processo contínuo, conforme as mudanças que ocorrem no território e nas famílias (MENDES, 2012). De modo semelhante, a Portaria n.º 77/2017 destaca que as informações obtidas no acolhimento, na classificação de risco e em cada atendimento deverão ser registradas em prontuário, não especificando se seria prontuário eletrônico ou físico (DISTRITO FEDERAL, 2017c). Com isso, a atualização dos dados e o registro do diagnóstico de DM no sistema são práticas que devem ser realizadas de forma rotineira pelas equipes. Assim, verifica-se que a implantação de sistemas de informação, com investimento em tecnologias, tornaria o cadastro mais consistente, fidedigno, atualizado e útil à gestão das ações de saúde da SES/DF.

Realizado o cadastro, as pessoas com fatores de risco para DM deverão ser encaminhadas para uma consulta inicial e posterior acompanhamento tanto domiciliar quanto

na UBS, com uma consulta de rotina. Há basicamente dois tipos de consultas: a programada, que pode ser uma consulta inicial ou de acompanhamento, e a espontânea, que pode ser decorrente de uma urgência ou não. A consulta programada é o tipo que deve ser aplicado rotineiramente às condições crônicas, como o DM, sem o evento agudo. A consulta deve ser marcada em intervalos regulares e previsíveis, sendo que, ao final de uma consulta programada, a pessoa já agenda o seu próximo atendimento, conforme a estratificação de risco. Ou seja, é um atendimento baseado num plano de cuidado que tem como objetivo monitorar o paciente e conseqüentemente evitar os eventos agudos e a “tirania do urgente”, em que o cuidado com os eventos agudos se sobrepõe ao das condições crônicas programadas. Por sua vez, a consulta espontânea surge da iniciativa do paciente. Ela pode ser um primeiro contato para marcar uma consulta inicial ou decorrente de um evento agudo ou de uma agudização do DM (MENDES, 2012). A Portaria n.º 77/2017 especifica os procedimentos para a demanda espontânea, conforme o acolhimento e a classificação de riscos (DISTRITO FEDERAL, 2017c, art. 30):

- Consulta ou procedimento imediato;
- Consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia ou em data futura, para o usuário do território;
- Procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, tais como renovação de receitas e solicitação de exames;
- Encaminhamento a outro serviço de saúde, respeitado o protocolo e
- Nas demandas que não exija atendimento imediato e para usuário de outro território, indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no Distrito Federal ou fora dele.

Antes de agendar os pacientes, a equipe deve discutir a distribuição da carga horária semanal em consultas individuais (programadas ou espontâneas), coletivas, visitas domiciliares, reunião de equipe e atividades de matriciamento e educação em saúde. A distribuição deve observar o perfil das demandas e as necessidades da população do território, sendo reformuladas e pactuadas sistematicamente, com a anuência e a supervisão da gerência (DISTRITO FEDERAL, 2017c). Deve-se também equilibrar a carga horária destinada à atenção à condição crônica e ao evento agudo e verificar as atividades programadas na semana para cada condição crônica (DISTRITO FEDERAL, 2017g).

Seguindo o disposto acima e o recomendado na Portaria n.º 77/2017, verificou-se que algumas equipes de Saúde da Família dividem sua agenda com 50% de consultas programadas e 50% de consultas por demanda espontânea, conforme relato a seguir:

O trabalho que a gente tem feito é que esse agendamento ele seja pelo menos com horário marcado, com hora fechada que nós chamamos, então ao invés de você

marcar um horário específico você marca quatro pacientes por hora, então a gente está fazendo dois marcados e dois demandas espontâneas. [...] Então você marca dois às sete, dois às oito, dois às nove, dois às dez e dois às onze, então aí eu tenho dez pacientes marcados (Entrevistado n.º 8).

De maneira diversa, constatou-se que há equipes de Saúde da Família que não equilibram suas agendas entre as consultas programadas e as consultas com demanda espontânea, preponderando as consultas programadas, de acordo com o exposto a seguir:

A demanda espontânea é muito importante, infelizmente a gente não consegue, a gente está conseguindo um pouquinho, aos poucos entender que a agenda não é fechada, que o acesso tem que ser melhorado, a demanda espontânea é hiper e mega importante [...] Então, às vezes não consegue encaixar, o paciente chega com a demanda dele que é do território, mas a agenda está cheia, o médico fica com a agenda dele debaixo do braço, ninguém tira, nem Cristo, atendeu dezesseis já era, acabou, não quero mais ninguém, então há uma dificuldade de acesso real (Entrevistado n.º 6).

Além de equilibrar consultas programadas com consultas espontâneas, as equipes têm de estar atentas ao tempo destinado a cada consulta. De acordo com Mendes (2012), as consultas necessitam, no mínimo, de 20 minutos para envolver os pacientes no tratamento, sendo que há dificuldades dos pacientes em captar informações em consultas com menos de 18 minutos. A solução não é apenas aumentar o tempo da consulta médica, mas sim incluir tempos de atendimentos com outros profissionais que integram a EqSF. Dessa forma, mantém-se o tempo de consulta médica curto, mas esta é estendida com a atenção dos outros profissionais. Além disso, o trabalho multiprofissional promove a mudança da atenção uniprofissional, centrada no médico, para a atenção multiprofissional, com tarefas bem distribuídas, proporcionando um tratamento completo ao paciente. Há estudos que sugerem que equipes multidisciplinares, com enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos, possuem resultados clínicos melhores que a atenção uniprofissional. Também se verificam ganhos de eficiência quando o médico delega funções clínicas para o enfermeiro e concentra seu tempo em atividades específicas dos médicos (MENDES, 2012). Na rede de atenção do DF, há unidades que possuem o atendimento multiprofissional, conforme relato do Entrevistado n.º 6: “[...] traz para a unidade para fazer o acompanhamento, as orientações para a equipe como um todo, o médico, o nutricionista quando tem na unidade, assistente social, todos os envolvidos.”

Outra questão que deve ser observada é a existência de instrumento de acompanhamento de diabéticos para o controle da data de retorno de pacientes, possibilitando a busca ativa dos pacientes faltosos e um melhor planejamento da equipe (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

Diante desse contexto, depois de distribuídas as cargas horárias, as consultas iniciais e as de rotina são previamente agendadas. Destaca-se que a realização de consultas com pacientes diabéticos e a forma de marcação da consulta de rotina são objeto de avaliação pelo PMAQ (BRASIL, 2016b). Recomenda-se que a primeira consulta, também denominada consulta de rastreamento, seja iniciada pelo enfermeiro, e posteriormente o paciente é encaminhado ao médico para confirmar o diagnóstico (BRASIL, 2013b).

Na consulta, o médico realiza anamnese detalhada (com análise do histórico familiar), exame físico minucioso, monitora os níveis de glicemia (BRASIL, 2001a, 2001b, 2010b, 2013b; DISTRITO FEDERAL, 2017f) e solicita exames complementares (BRASIL, 2001b, 2011, 2013b; DISTRITO FEDERAL, 2016b, 2017f) com o objetivo de: confirmar o diagnóstico, identificar os fatores de risco cardiovascular, pesquisar lesões a órgãos, identificar a presença de outras doenças associadas e estratificar o risco (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

O monitoramento dos níveis de glicemia inicia-se com a medição da glicemia plasmática casual, que pode ser realizada a qualquer hora do dia, sem observar o intervalo da última refeição. A medição da glicemia plasmática casual pode ser realizada com o teste de glicemia capilar ou “teste de ponta de dedo”. Os resultados iguais ou superiores a 200 com sintomas clássicos e associados aos fatores de risco já diagnosticam o DM (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Após o diagnóstico com a glicemia casual, o médico pode solicitar exames complementares para auxiliar na estratificação do risco do paciente, que também é objeto de avaliação pelo PMAQ (BRASIL, 2016b). Em relação aos exames laboratoriais complementares, destaca-se que a Sociedade Brasileira de Diabetes preconiza que apenas a glicemia de jejum é insuficiente para acompanhar o controle glicêmico dos diabéticos, pois demonstra somente uma medida no momento da coleta de sangue (MILECH et al., 2016). Dessa forma, deve-se solicitar o teste oral de tolerância à glicose (TTG) quando o valor da glicemia de jejum estiver entre 100 e 125 mg/dl e o teste de hemoglobina glicada (HbA1c) para pacientes com glicemia de jejum ou pós-prandial alterada, mas sem critérios para diabetes, também conhecido como pacientes pré-diabéticos (DISTRITO FEDERAL, 2016b).

No entanto, apesar da importância desses exames, verifica-se uma falta recorrente deles na rede da SES/DF, conforme relatos a seguir:

A gente tem muita falta de reagente, muita. No momento, nós estamos vivenciando isso, a gente tem falta de tubo, então se falta tubo de bioquímica você não vai fazer leitura de algumas coisas (Entrevistado n.º 3).

A Secretaria de Saúde desde o decreto de emergência, foi em 2015, está passando por grandes dificuldades com insumo, então a gente ficou muito tempo sem hemoglobina glicada (Entrevistado n.º 5).

Eu estou há mais de ano sem insumo de hemoglobina glicada, que é fundamental para eu fazer a estratificação de risco, e eu não tenho (Entrevistado n.º 9).

Em relação aos resultados laboratoriais, confirmam o diagnóstico de DM (DISTRITO FEDERAL, 2017f, p. 5):

- Glicemia em jejum \geq 126 mg/dl em duas ocasiões distintas;
- TTG com glicemia \geq 200 mg/dl 2 horas após 75 g de glicose anidra e
- HbA1c $>$ 6,5%.

Por sua vez, considera-se um paciente pré-diabético aquele que tem os seguintes resultados (DISTRITO FEDERAL, 2017f, p. 5):

- glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dl;
- glicemia entre 140 a 199 mg/dl no TTG e
- HbA1c entre 5,7 a 6,4%.

Ressalta-se que, para os testes de HbA1c, recomenda-se a frequência de pelo menos duas vezes ao ano para todos os pacientes diabéticos e quatro vezes ao ano para aqueles que se submeteram a alterações do esquema terapêutico ou que não estejam alcançando os objetivos recomendados com o tratamento vigente, conforme a estratificação de risco. Além dos exames laboratoriais para detecção de DM, deve-se pedir também os seguintes exames: creatinina séria, exame de urina tipo 1 (EAS), colesterol total e frações, ácido úrico sérico, relação albuminúria/creatinina urinária, microalbuminúria (DISTRITO FEDERAL, 2016b, 2017f).

Outro exame complementar essencial para avaliar as condições clínicas dos olhos do paciente diabético é a fundoscopia, que deve ser realizada por oftalmologista, que decidirá sobre as reavaliações. Também se deve solicitar exames para avaliação cardiológica, conforme a necessidade individual (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Estima-se que 7% da população acima dos 18 anos do Distrito Federal sejam acometidos pelo DM¹¹ (DISTRITO FEDERAL, 2017f). Com um quantitativo reduzido de equipes para atender toda a população, a estratificação de risco facilita a identificação de pessoas e grupos com necessidades semelhantes que devem seguir um protocolo de atendimento. A estratificação tem como objetivos padronizar as condutas (MENDES, 2012), além de auxiliar na ampliação da política de financiamento da AB (BRASIL, 2010a).

¹¹ CGDF. Pedido de Informação n.º 00060000330201747, 2017.

O Protocolo de Atenção à Saúde: Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde (2017f) traz parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de pessoas com DM: 20% dos pacientes diabéticos são classificados como baixo risco, 50% dos pacientes diabéticos são classificados como médio risco e 30% dos pacientes diabéticos são considerados alto e muito alto risco. Por sua vez, Mendes (2012) relata que 70 a 80% dos pacientes são considerados de condição simples, 20 a 30% são considerados de condição complexa e de 1 a 5% são classificados como condição muito complexa. Para o autor, os pacientes com condição simples têm capacidade para autocuidado e constituem a grande maioria da população com condição crônica, como o DM. A subpopulação com condição complexa tem um grau de instabilidade ou uma maior probabilidade de deterioração da saúde, necessitando de um maior acompanhamento da equipe e da atenção especializada. Já os pacientes considerados muito complexos requerem uma maior atenção da equipe e da atenção especializada, com uso intensivo de recursos. Verifica-se que Mendes (2012) não considera especificamente os níveis dos exames laboratoriais e as complicações crônicas, definindo, assim, uma classificação mais abrangente voltada para doenças crônicas como um todo. Por outro lado, o Protocolo de Atenção à Saúde: Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde (2017f) detalha a classificação de riscos específica para o DM no âmbito do Distrito Federal, sendo a classificação adotada na pesquisa.

Cada doença tem sua própria estratificação de risco, que deve levar em conta aspectos orgânicos (como análise clínica e exames complementares), capacidade de autocuidado, vulnerabilidade social e contexto local (BRASIL, 2013a). Dessa forma, com os resultados laboratoriais em mãos, inicia-se a estratificação de risco dos pacientes diabéticos, de acordo com o Quadro 4 – Estratificação de risco em Diabetes Mellitus Tipo 2.

Com base no Quadro 4 - Estratificação de risco em Diabetes Mellitus Tipo 2, verifica-se que, na aplicação clínica, deve-se coordenar a severidade da condição crônica estabelecida, considerando tanto as complicações agudas como as crônicas, e o grau de capacidade de autocuidado do paciente (MENDES, 2012), que é uma das formas de tratamento não medicamentoso, parte do processo de mudança de estilo de vida (MEV), que será posteriormente melhor detalhado.

Quadro 4 - Estratificação de risco em Diabetes Mellitus Tipo 2.

Classificação do risco	Características
Baixo	Pessoa diagnosticada como pré-diabéticas <ul style="list-style-type: none"> • Glicemia de jejum de 100 a 125 mg/dl • Glicemia entre 140 a 199 mg/dl no TTG • HbA1c entre 5,7 e 6,4%
	Pessoa com DM diagnosticado, HbA1c < 7,5% e todas as situações abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas) • Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • Sem complicações crônicas • Capacidade de autocuidado suficiente.
Médio	Pessoa com DM diagnosticado, HbA1c < 7,5% e todas as situações abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas) • Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • Sem complicações crônicas • Capacidade de autocuidado insuficiente*.
	Pessoa com DM diagnosticado, HbA1c entre 7,5% e 9,0% e todas as situações abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas) • Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • Sem complicações crônicas • Capacidade de autocuidado suficiente ou insuficiente*. Obs.: a capacidade de autocuidado insuficiente implica em maior vigilância no acompanhamento.
Alto	Pessoa com DM diagnosticado, HbA1c > 9,0% e todas as situações abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas) • Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • Sem complicações crônicas • Capacidade de autocuidado suficiente.
	Pessoa com DM diagnosticado, em qualquer nível metabólico (HbA1c), com capacidade de autocuidado suficiente e pelo menos uma das situações abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Controle pressórico inadequado (hipertenso com metas terapêuticas não alcançadas) • Internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • Com Complicações crônicas Obs: Considera-se complicações crônicas: macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica); microvasculares (retinopatia e nefropatia); neuropatia e pé diabético.
Muito alto	Pessoa com DM diagnosticado, em qualquer nível de controle metabólico (HbA1c), com capacidade de autocuidado insuficiente* e pelo menos 1 das situações abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Controle pressórico inadequado (hipertenso com metas terapêuticas não alcançadas) • Internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • Com Complicações crônicas

Fonte: Protocolo de Atenção à Saúde – Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção primária à Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017f, p.6).

* Capacidade de autocuidado insuficiente: limitação, em níveis relevantes, da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: dificuldade de compreensão de sua condição crônica; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; recolher-se em sua condição crônica; estar sem ação para melhoria de sua condição; abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e depressão grave com prejuízo nas atividades diárias.

Após a classificação do risco do paciente, deve-se estabelecer as frequências para consultas de acompanhamento com as equipes multidisciplinares, conforme o Quadro 5 – Frequência para consultas de acompanhamento do paciente diabético com as equipes de Saúde da Família. Contudo, a programação do cuidado não deve ser rígida e se limitar aos critérios relacionados no Quadro 5, deve-se considerar também os determinantes sociais de Saúde, os princípios da Atenção Básica descritos na PNAB, as necessidades individuais e as intercorrências clínicas (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Quadro 5 - Frequência para consultas de acompanhamento do paciente diabético com as equipes de Saúde da Família.

Classificação de Risco	Número mínimo de consultas com cada profissional
Baixo	Serão atendidos a cada 6 meses: <ul style="list-style-type: none"> • 2 atendimentos por ano, sendo 1 consulta médica individual e 1 atendimento compartilhado – com participação do enfermeiro, do médico (se disponível) e de outros profissionais (dentista, nutricionista, psicólogo e assistente social se disponíveis), além do ACS e/ou técnico de enfermagem.* • 1 Grupo Operativo por ano (com quatro a seis sessões) • Visitas domiciliares mensais pelo ACS.
Médio	Serão atendidos a cada 4 meses: <ul style="list-style-type: none"> • 3 atendimentos por ano, sendo 1 consulta médica individual e 2 atendimentos compartilhados – com participação do enfermeiro, do médico (se disponível) e de outros profissionais (dentista, nutricionista, psicólogo e assistente social se disponíveis), além do ACS e/ou técnico de enfermagem.* • 1 Grupo Operativo por ano (com quatro a seis sessões) • Visitas domiciliares mensais pelo ACS.
Alto e muito alto	Serão atendidos a cada 2 meses: <ul style="list-style-type: none"> • 6 atendimentos por ano, sendo 4 atendimentos por ano na APS: 1 consulta médica individual e 3 atendimentos compartilhados – com participação do enfermeiro, do médico (se disponível) e de outros profissionais, se disponíveis (dentista, nutricionista, psicólogo e assistente social se disponíveis), além do ACS e/ou técnico de enfermagem.* • 1 Grupo Operativo por ano (com quatro a seis sessões) • Visitas domiciliares mensais pelo ACS.

Fonte: Protocolo de Atenção à Saúde – Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção primária à Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017f, p. 88).

* As consultas médicas e os atendimentos compartilhados deverão ser preferencialmente intercaladas.

Os pacientes classificados em alto ou muito alto risco devem ser atendidos pela atenção especializada duas vezes ao ano. Com os quatro atendimentos realizados na APS, o paciente será atendido 6 vezes ao ano, por diferentes profissionais e especialidades.

Todos os pacientes deverão ser orientados e avaliados pela equipe de saúde bucal no mínimo uma vez ao ano, sendo o retorno conforme a avaliação e o tratamento odontológico estabelecido (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Os pacientes com instabilidade clínica irão necessitar de um número maior de consultas, conforme cada caso, até a estabilização, que pode ocorrer, em média, num período

de 4 meses. São consideradas situações de instabilidade clínica (DISTRITO FEDERAL, 2017f, p. 89):

- múltiplas internações por complicações agudas;
- síndrome arterial aguda há menos de 12 meses;
- acidente isquêmico transitório, IAM, angina estável e doença arterial periférica com intervenção cirúrgica;
- amputação de qualquer nível por pé diabético;
- síndrome nefrótica;
- doenças autoimunes associadas;
- uso de terapia com corticóides, quimioterápicos e antipsicóticos que interferem no metabolismo da glicose.

Assim, a estratificação de riscos permite a construção de uma agenda de trabalho racional, com melhor distribuição do tempo das equipes para atender às consultas programadas e às de demanda espontânea. As equipes que não fazem a estratificação de riscos ofertam, de modo desnecessário, consultas médicas e de enfermagem a portadores de condições de menores riscos, comprometendo a agenda com cuidados que não agregam valor às pessoas, produzindo uma atenção não efetiva e ineficiente. Além disso, pessoas de baixo risco são erroneamente encaminhadas à atenção especializada, também comprometendo a agenda desses profissionais (MENDES, 2012). Em resumo, a estratificação de risco tem um impacto positivo na agenda dos profissionais das equipes. Tal fato também foi relatado em entrevista:

Alguns profissionais conseguem (baseado claramente em protocolos) fazer a estratificação de riscos, e faz com que a agenda deles é muito mais leve, porque eles sabem que o paciente menos grave ele não precisa ser acompanhado de perto, passa para as visitas até o domicílio e os mais graves a gente já acompanha de mais perto. A nossa agenda para demanda espontânea, a gente nunca recusa uma gestante, tem equipes que não consegue atender gestante [...] às vezes a enfermeira diz que ela fica na porta (da outra equipe de saúde), ela capta essas pessoas, porque a agenda dela é mais leve, é mais coerente, é qualificada (Entrevistado n.º 6).

Diante desse contexto, verifica-se que, sem a estratificação de riscos, “é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa” (MENDES, 2012, p. 163). Outrossim, a estratificação de riscos está associada a uma melhor qualidade da atenção à saúde, a impactos positivos nos resultados clínicos, além de uma maior eficiência no uso dos recursos de saúde (MENDES, 2012). Também, a estratificação de risco auxilia na programação do fornecimento de medicamentos, conforme as linhas de cuidado presente nos protocolos clínicos (DISTRITO FEDERAL, 2017c). Com isso, a estratificação de risco e sua atualização são essenciais para o tratamento do paciente, sendo a utilização de prontuários clínicos eletrônicos uma ferramenta fundamental para atualização da estratificação do paciente (MENDES, 2012).

Outra atividade que deve ser sempre realizada nas consultas é a realização do exame dos pés dos pacientes. Devido à sua importância, esse exame é, inclusive, um dos indicadores descritivos do PMAQ (BRASIL, 2016b). O pé diabético é conceituado como “infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores”, conforme glossário do Guidance (Recomendações) 2015 e do IWGDF (Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético) (MILECH, 2016, p. 137). Para evitar maiores complicações, o cuidado do pé diabético deve ser compartilhado entre a Atenção Primária, a Secundária e a Terciária, para um melhor acompanhamento da situação (BRASIL, 2013b).

Nos países desenvolvidos, a DAP é o fator complicador mais comum, enquanto nos países em desenvolvimento a infecção é a complicação mais frequente das úlceras dos pés, que podem resultar em amputações (MILECH, 2016). No Brasil, as úlceras de pés e a amputação de extremidades são as complicações mais graves e de maior impacto socioeconômico. Estima-se que essa complicação é responsável por 40% a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores, além de 20% das internações dos pacientes diabéticos (BRASIL, 2013b).

Recomenda-se que todo paciente com DM realize o exame dos pés, no mínimo, uma vez por ano. Toda consulta, tanto inicial como de acompanhamento, deve seguir uma rotina sistemática de avaliação da sensibilidade protetora e da integridade dos pés com o objetivo de prevenir complicações (BRASIL, 2013b).

Na consulta, solicita-se à pessoa retirar os calçados e as meias. Inicialmente, o profissional avalia se os calçados são adequados e confortáveis e se estão ajustados aos pés do paciente sem áreas de pressão. Além disso, observa-se o estilo, o modelo, a largura, o comprimento, o material e as costuras na parte interna do calçado. Recomenda-se que o calçado seja de cano alto, couro macio, com alargamento da lateral e, no caso de saltos, que seja uma Anabela. Caso o calçado não esteja como o recomendado, poderá causar vermelhidão, bolhas ou calosidades e conseqüentemente úlceras (BRASIL, 2013b).

Em seguida, faz-se uma inspeção apurada dos pés em local bem iluminado e realiza-se alguns testes, conforme recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), Quadro 6 – Guia de bolso para exame dos pés.

Quadro 6 – Guia de bolso para exame dos pés.

Avaliação	Testes	Achados Significantes	
História do paciente	Não há	Ulceração prévia nos pés Amputação prévia Diabetes > 10 anos HbA1c ≥ 7% Visão comprometida Sintomas neuropáticos Claudicação	
Exame dermatológico	Não há	Pele seca Ausência de pelos Unhas encravadas ou ponteagudas Masseração interdigital Ulceração	
Rastreio para neuropatia	Monofilamento Semmes-Weinstein (10g)	Perda de percepção em um ou mais locais de testes	
	Limiar de percepção vibratória	Limite de percepção vibratória > 25 volts	
	Diapasão (128Hz)	Percepção vibratória anormal	
Avaliação vascular	Palpação dos pulsos pedioso dorsal e tibial posterior	Pulsos ausentes	
	Índice tornozelo-braço (ITB)	ITB <0,90 é consistente com doença arterial periférica	
Avaliação biomecânica do pé	Flexão plantar ou dorsiflexão do tornozelo e halux (bilateralmente)	Mobilidade articular diminuída	
	Observar a deambulação do paciente	Visão diminuída, marcha alterada, necessidade de órteses	
	Inspeção das deformidades	Incapacidade do paciente de ver e alcançar os pés	
		Cravos, calosidades, halux valgus	
Cabeças de metatarsos proeminentes			
		Dedo em martelo, em garra	

Fonte: Adaptado pela autora de Milech et al., 2016, p. 146.

Após o diagnóstico do paciente diabético, a sua estratificação de risco e o exame dos pés, o médico prescreverá o tratamento não medicamentoso e, caso necessário, o medicamentoso. Também se recomenda que o usuário participe de medidas preventivas e de promoção da saúde, que são ações importantes na atenção ao DM.

Na esfera federal, essas ações são recomendadas no Anexo 1 da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS/2001, no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus/2002 e na Portaria n.º 2.436/2017 GM/MS. Por sua vez, o Distrito Federal elenca essas ações na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: versão profissional – gestor/2016 e no Protocolo de Atenção à Saúde – Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde/2017.

Para desenvolver essas ações, são realizadas duas atividades: realização de campanhas educativas e grupos educativos. Essas duas atividades fazem parte dos procedimentos elencados na Carteira de Serviços para a atenção ao DM (DISTRITO FEDERAL, 2016b) e permitem a troca de experiências e a compreensão da doença, além de transmitir e reforçar os cuidados relacionados ao DM.

Destaca-se que, para “fazer um grupo educativo”, não basta colocar as pessoas em um mesmo espaço físico. Deve-se possibilitar a criação de redes sociais e compartilhar as experiências. Nos grupos, desenvolve-se a escuta para as necessidades das pessoas e dos seus problemas e vivências, momento em que a informação circula entre a experiência técnica dos profissionais e a vivência dos participantes em busca de soluções em conjunto que possam melhorar a qualidade de vida. Há quatro modelos de grupos: grupos de sala de espera (possui apenas um encontro que ocorre na sala de espera enquanto o paciente aguarda a consulta); grupos fechados (há uma delimitação dos participantes e do tempo de duração da existência do grupo, segue um cronograma previamente determinado) e grupos abertos (há rotatividade dos participantes e não há tempo definido) e consulta coletiva (reúne um pequeno número de usuários e realiza a abordagem clínica, todos participam e podem se manifestar durante toda a consulta). A escolha por um desses modelos vai depender da demanda, dos objetivos propostos, da infraestrutura e do tempo disponível para o grupo (BRASIL, 2014b).

Em complemento, o protocolo recomenda a organização de grupos de convivência ou terapêuticos com uma periodicidade semanal ou quinzenal, por exemplo, conforme a avaliação da equipe. Do mesmo modo, é recomendada a participação dos diabéticos em um grupo operativo por ano (com quatro a seis sessões), independentemente do risco (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Segundo o disposto nos documentos citados, há equipes que realizam de forma efetiva as campanhas e os grupos educativos, conforme trechos a seguir:

Como os grupos de diabetes são muito efetivos, o grupo da própria população, eles começam a atrair outras pessoas (Entrevistado n.º 7).

Nós estamos tentando fazer campanhas educativas como, por exemplo, já foi feito algumas nas estações do metrô, comércio, com lideranças religiosas. [...] esses grupos de diabéticos eles acontecem, por exemplo, como eu te falei, ele entra num grupo então nós estamos tentando marcar pacientes daquele grupo sempre para o mesmo dia que é para naquele momento você dá a palestra sobre alimentação saudável, sobre diminuição do sódio, sobre práticas integrativas de saúde (Entrevistado n.º 8).

No entanto, apesar de recomendado, verifica-se que algumas equipes não estão realizando campanhas, nem têm grupos educativos ativos, conforme relatos a seguir:

Desde de março, a gente não elaborou nenhuma grande campanha especificamente vinculada ao diabetes (Entrevistado n.º 5).

As pessoas falam que eles não fazem grupo porque tem pouco paciente e os pacientes não vêm (Entrevistado n.º 9).

Um entrevistado levantou a questão de se repensar o trabalho de prevenção, não apenas focado em grupos ou campanhas, conforme o seguinte trecho da entrevista: “A gente tem uma população jovem e economicamente ativa que não vai faltar ao trabalho por causa de grupo, não adianta, não vai, a gente vai ter que pensar em novas formas e novas estratégias” (Entrevistado n.º 9).

Dessa forma, verifica-se que é importante programar junto à equipe de saúde da família estratégias para a educação do paciente, com o intuito de promover a saúde e dar orientações de medidas preventivas, que são importantes no sucesso do tratamento não medicamentoso (DISTRITO FEDERAL, 2017f). Apesar da literatura indicar as campanhas e os grupos educativos, cabe a cada equipe, diante da realidade do seu território, incluir outras formas de educação, observando assim a influência das características do território adscrito relacionadas ao programa, conforme lecionam McLaughlin e Jordan (2010).

Uma importante atividade do tratamento não medicamentoso e essencial para o sucesso do tratamento é o desenvolvimento do autocuidado. O termo autocuidado deriva da tradição de cuidar de si, da família e da comunidade. Antigamente, cuidar da saúde e do corpo doente era responsabilidade das mulheres da família do paciente. Apesar do avanço da tecnologia e do cuidado profissional de médicos e enfermeiros, o autocuidado mantém sua importância como um resgate da humanização e, principalmente, da participação da pessoa no seu tratamento (BRASIL, 2014b).

Por sua vez, o autocuidado não é uma responsabilidade exclusiva do paciente e de sua família, é também responsabilidade das equipes de saúde da família, que necessitam explicar as necessidades de cuidado da pessoa em relação ao DM. É importante que a pessoa e a sua família compreendam e aprendam a desenvolver atividades que terão de realizar diariamente, durante toda a vida (BRASIL, 2014b).

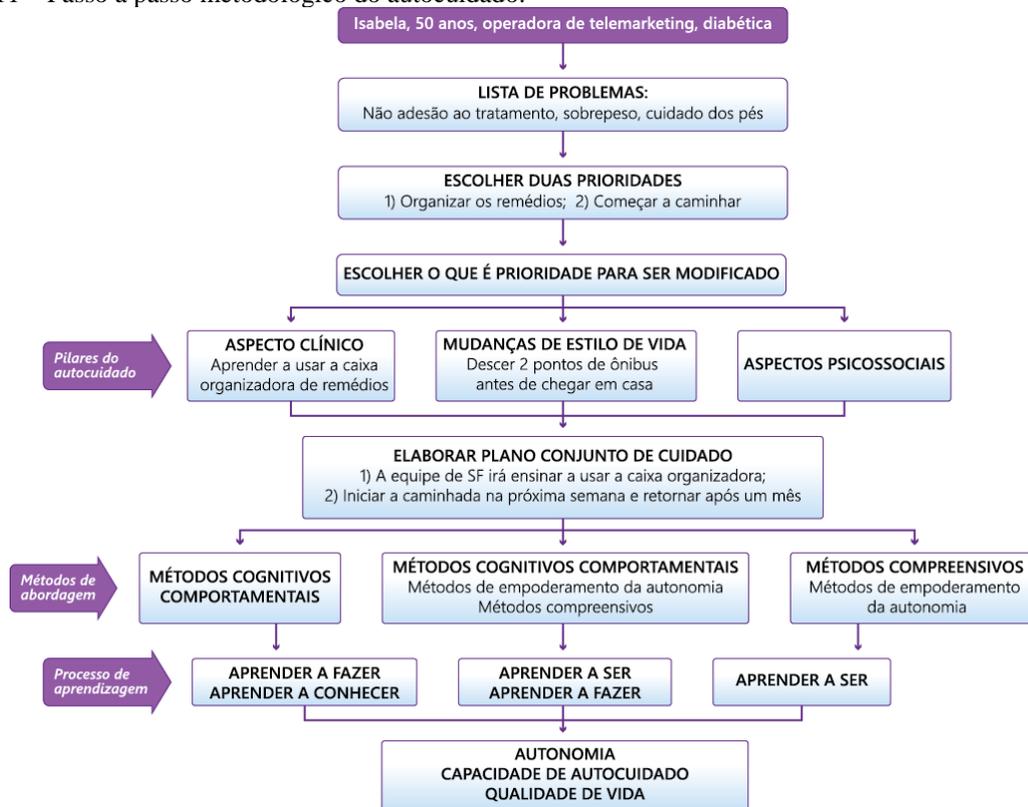
O autocuidado possui três pilares que devem ser desenvolvidos com o paciente e que se entrelaçam entre si: manejo clínico, mudanças de estilo de vida e problemas emocionais. O primeiro envolve mudanças necessárias diretamente ao manejo clínico, como, por exemplo, uso de medicação (que será melhor detalhado posteriormente), aplicação de insulina, cuidado com os pés, medição da glicemia capilar. Ainda, nesse grupo, incluem-se os conhecimentos sobre a doença, o conceito, o diagnóstico, os sinais e os sintomas de

descompensação. Nesse primeiro pilar, predominam os conteúdos conceituais “aprender a conhecer” e “aprender a fazer”, que podem ser ensinados por vários profissionais da equipe. Destaca-se que nem todas as pessoas desenvolverão as habilidades para essas tarefas, sendo a construção contínua, com a participação da família e de amigos (BRASIL, 2014b).

O segundo pilar refere-se às mudanças no estilo de vida (MEV) e à forma como cada um irá lidar com o futuro diante do diagnóstico de DM. Deve-se enfatizar como realizar e manter as MEV, que serão posteriormente melhor detalhadas. Nesse pilar, há mais conteúdos de atitude, relacionados ao “aprender a ser” e o “aprender a conviver”, mas também o “aprender a fazer”. Para alcançar esse pilar, a equipe de saúde deve utilizar várias ferramentas para auxiliar o usuário, com metodologias comportamentais, compreensivas e que visem também à autonomia (BRASIL, 2014b).

Por último, o terceiro pilar refere-se ao emocional do paciente, como ele lida e administra o DM e suas tempestividades. Os sentimentos precisam ser abordados e trabalhados com o usuário e sua família. Deve-se estar atento à problemas mentais e à depressão, que está frequentemente associada às condições crônicas. Para isso, deve-se incluir abordagens psicoterápicas e metodologias compreensivas. A Figura 11 - Passo a passo metodológico do autocuidado traz um exemplo de desenvolvimento do autocuidado do usuário. Na figura, observa-se que o primeiro passo para uma ação de educação em saúde para o autocuidado é fazer uma avaliação detalhada das necessidades e as prioridades de cada usuário (BRASIL, 2014b).

Figura 11 – Passo a passo metodológico do autocuidado.



Fonte: Adaptado pela autora de Brasil (2014b, p. 115).

Destaca-se que o foco apenas no primeiro pilar poderá não trazer resultados satisfatórios em relação ao controle da doença, suas complicações, autonomia e, principalmente, a qualidade de vida dos usuários. Além disso, o autocuidado implica participação ativa do indivíduo, que deve entender que seus problemas relacionados à sua condição devem ser trabalhados e superados. Também, devem-se estabelecer objetivos e metas, em consenso com o profissional. O desenvolvimento do autocuidado pode ser trabalhado nos grupos educacionais, que trazem bons resultados (BRASIL, 2010b, 2014b).

Posteriormente, deve-se avaliar se as metas foram alcançadas e como está o grau de satisfação em relação ao tratamento. A equipe deve observar se houve mudança a cada consulta de rotina e avaliar a necessidade de mudança ou adaptação no plano de autocuidado, juntamente com o estabelecimento de novas metas (BRASIL, 2013b).

De forma complementar, o Protocolo de Atenção à Saúde Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde (2017f) preconiza que, para os pacientes com DM, é importante avaliar a automonitorização da glicemia capilar naqueles que fazem uso de insulina e questionar se conseguem realizar e se apresentam dificuldades no manuseio do aparelho. Também se deve questionar por que não se auto

aplicam (no caso dos pacientes que não se auto aplicam), observar se apresentam complicações e reações nos locais de aplicação, se a técnica está correta e se realizam o rodízio dos locais de aplicação. Além disso, é preciso verificar como são feitos o armazenamento e o transporte da insulina, bem como o descarte das agulhas e das lancetas utilizadas.

Ressalta-se que o autocuidado é contínuo e está intimamente relacionado à estratificação de risco e ao sucesso do tratamento do DM.

Associado ao autocuidado, deve-se trabalhar um processo de MEV que auxilie o indivíduo a conviver melhor com o DM, com percepção de riscos à saúde e desenvolvimento de hábitos que promovam o controle da glicose. Identificaram-se quatro hábitos que são a base do tratamento não medicamentoso do DM: alimentar-se de forma saudável, praticar atividade física de forma rotineira, evitar o uso abusivo de álcool e abandonar o tabaco e seus derivados. Esses hábitos, além de serem fundamentais no controle da glicose, atuam no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e contribuem para a redução do sobrepeso corporal (BRASIL, 2002, 2013b, 2014b; DISTRITO FEDERAL, 2016b, 2017e, 2017f; MENDES, 2012). A importância desses quatro hábitos foi também observada no trecho da entrevista a seguir:

A gente tem os quatro fatores de risco que são comuns às principais doenças crônicas, então a gente tem alimentação, atividade física, tabaco e uso abusivo do álcool, esses aí são os quatro fatores de risco para diabetes, por exemplo. Então, se a gente começar a prevenir esses quatro fatores de risco na população, a gente tem uma população mais sadia, com mais qualidade de vida (Entrevistado n.º 1).

Milech et al. (2016) lecionam que o DM tipo 1 não pode ser evitável, mas o DM tipo 2 pode ser retardado ou até mesmo prevenido por uma alimentação saudável e a prática de atividade física. Provavelmente, são o aumento da ingestão energética e a redução da atividade física que, juntamente com sobrepeso e obesidade, parecem exercer papel preponderante no aparecimento do DM (MILECH et al., 2016).

A alimentação saudável, adequada à idade, melhora a tolerância à glicose e a sensibilidade insulínica por reduzir a produção hepática de glicose, além de diminuir a HbA1c (DISTRITO FEDERAL, 2017f; MILECH et al, 2016). O ideal é que os profissionais das equipes de Saúde da Família estejam preparados para identificar os fatores de risco relacionados a uma dieta inadequada e que saibam realizar orientações gerais sobre alimentação saudável (BRASIL, 2014b). Entretanto, a carência de nutricionistas como membros efetivos das equipes é considerada pelos profissionais uma dificuldade na orientação de práticas de alimentação saudável (MENDES, 2012).

Devido à sua importância no controle da glicose, deve-se utilizar instrumentos que apoiem as ações de incentivo à alimentação saudável, como a versão de bolso do Guia Alimentar para a População Brasileira, Dez Passos para uma Alimentação Saudável (BRASIL, 2014c), que faz parte da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em consonância com os preceitos da OPAS e da OMS (BRASIL, 2013b). De forma resumida, o Guia Alimentar preconiza (BRASIL, 2013b):

1. Realizar de 5 a 6 refeições diárias, evitando consumir alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar.
2. Evitar o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas, preferindo aqueles sem açúcar como os diet, zero ou light. Utilizar adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas. Ler os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar.
3. Evitar o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais. O ideal é consumir seis porções diárias.
4. Consumir diariamente verduras (alface, almeirão, couve etc.) e legumes (cenoura, pepino, tomate, abobrinha etc.), preferencialmente crus. Recomenda-se ingerir, pelo menos, três porções diárias. Evitar legumes como batata, mandioca e cará.
5. Consumir frutas diariamente. O ideal são três porções diárias. Para evitar o aumento da glicemia, preferir consumir as frutas acompanhadas com leite, aveia, linhaça, granola diet ou como sobremesa após as refeições, sendo preferencialmente com casca ou bagaço, por possuírem maiores quantidades de fibras.
6. Evitar consumir alimentos ricos em sal como embutidos, temperos prontos e alimentos industrializados. Preferir temperos naturais como alho e ervas aromáticas. Usar pouco sal para cozinhar.
7. Diminuir o consumo de alimentos ricos em gordura. Preferir leite semidesnatado ou desnatado e carnes magras.
8. Consumir peixe, assados e cozidos pelo menos uma vez por semana.
9. Reduzir a quantidade de óleo utilizado na preparação dos alimentos e evitar o uso da banha de porco. Preferir alimentos cozidos, assados e preparados com pouco óleo.
10. Consumir um lanche 30 minutos antes da atividade física para ter energia suficiente para realizar o exercício!

Outros instrumentos que podem ser utilizados são: o grupo de educação em Saúde, que pode discutir o quanto cada usuário conhece e compreende as informações do Guia Alimentar e se consegue ou não adequar a alimentação, e os atendimentos individuais, com foco na motivação e nas orientações específicas (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, uma alimentação saudável baseia-se em alimentação que atenda às necessidades nutricionais ao longo da vida do usuário, com foco na manutenção ou na obtenção de peso saudável e em metas de controle, bem como níveis de lipídios séricos e pressóricos adequados. Do mesmo modo, deve-se considerar o tamanho das porções e os melhores horários para consumi-las (MILECH et al, 2016). Ainda, recomenda-se que a dieta

não tenha caráter proibitivo, mas que sirva de suporte para o diabético e sua família, favorecendo as melhores escolhas alimentares (BRASIL, 2014b).

Destaca-se que, nas consultas de acompanhamento, deve-se sempre questionar sobre os hábitos alimentares, identificando inadequações ou dificuldades para seguir a dieta adequada (BRASIL, 2013b). Além disso, as informações sobre alimentação saudável fornecidas pelas equipes são objeto de avaliação pelo PCATool (BRASIL, 2010b).

Uma dificuldade encontrada por parte dos profissionais refere-se à resistência à mudança do padrão alimentar por questões culturais, conforme relato a seguir: “Uma alimentação mais saudável, aí a gente encontra muita resistência, muita resistência, quando você tem que mexer com a cultura da população” (Entrevistado n.º 8).

Outro hábito que deve ser trabalhado é a prática de atividade física de forma rotineira. A atividade física é definida como os movimentos corporais realizados por músculos esqueléticos que resultam em aumento real do gasto energético. A inatividade física associada a uma dieta inadequada favorece o excesso de peso e a obesidade (MENDES, 2012). Ainda, pessoas sedentárias possuem um risco de morte de 20% a 30% maior por qualquer causa do que os que incorporaram a atividade física na sua rotina (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

A atividade física aumenta a sensibilidade periférica à insulina por meio do aumento da capilarização das fibras musculares e melhora a função mitocondrial. Além disso, a atividade física auxilia no condicionamento físico geral, controla o peso e a glicose no sangue e auxilia no aspecto emocional, reduzindo o estresse e propiciando bem-estar físico. Da mesma forma, nos diabéticos fisicamente ativos, verifica-se uma melhor regulação glicêmica, com redução da HbA1c e menores concentrações basal e pós-prandial de insulina. (BRASIL, 2013b; MILECH et al., 2016).

Milech et al. (2016) destacam que os diabéticos podem realizar qualquer atividade física, recreativa, laborativa ou esportiva, desde que observadas as possíveis complicações e limitações do diabetes. O foco apenas na necessidade de estimular a atividade física, desconsiderando as necessidades e a realidade do diabético, diminui a adesão à atividade física (BRASIL, 2014b). Com isso, na ocasião da orientação da atividade física, a equipe de saúde da família precisa levar em consideração: hábitos de vida, preferências pessoais, condições socioeconômicas individuais e comunitárias, bem como aspectos culturais (DISTRITO FEDERAL, 2017f). Tais orientações já estão em processo de incorporação por algumas equipes de saúde da família, conforme trecho da entrevista a seguir: “o que estamos

querendo agora é que a equipe ofereça essa prática alternativa de saúde dentro do perfil do usuário” (Entrevistado n.º 8).

Além disso, com o objetivo de estimular a adesão do diabético à prática de atividades físicas, a equipe de saúde da família pode desenvolver as seguintes estratégias (BRASIL, 2014b, p. 79):

- Levantar histórico de atividade física/práticas corporais realizadas pelo usuário, principalmente nos últimos dois anos;
- Identificar as possíveis motivações do usuário para a prática de atividade física/práticas corporais;
- Identificar, no território, grupos e espaços que estimulem estes hábitos;
- Identificar e acionar “redes” de apoio da própria comunidade, como associações, grupos culturais e grupos de convivência;
- Promover espaços de encontro;
- Orientar sobre os benefícios e os possíveis riscos da prática de atividade física/prática corporal;
- Orientar sobre as necessidades específicas de atividade física/prática corporal para grupos “especiais”, como pessoas com doenças crônicas;
- Avaliar comorbidades, no intuito de adequar os “interesses” dos usuários com as potencialidades e as limitações de cada tipo de atividade física/prática corporal.

Antes de iniciar a prática de atividade física, avalia-se também as condições atuais do paciente, seu controle metabólico, o desenvolvimento do autocuidado e as possíveis complicações (BRASIL, 2013b). Recomenda-se ainda a realização do teste de esforço antes de realizar exercícios físicos em intensidade moderada (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Para adultos (18 a 65 anos), sugere-se a prática de atividades físicas por, no mínimo, 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada, ou por 75 minutos de atividade aeróbica intensa por semana, por períodos com duração superior a 10 minutos. Os idosos também podem seguir a mesma recomendação, com a inclusão de treinamentos resistidos, que melhoram o equilíbrio e previnem quedas. A prática de atividade física regular reduz o risco de queda em até 30%. Destaca-se que as atividades físicas precisam fazer parte da rotina da pessoa. Para isso, é interessante incorporar aos poucos as atividades conforme interesses, necessidades e limitações (BRASIL, 2010b; DISTRITO FEDERAL, 2017f; MILECH et al, 2016). O ideal é que as atividades físicas sejam realizadas para o lazer, no tempo livre, para transporte, no trabalho, nas tarefas domésticas, nos esportes e nos exercícios planejados. Para fomentar a prática de atividades físicas, a equipe pode organizar grupos de convivência ou terapêuticos com periodicidade semanal (BRASIL, 2014b; DISTRITO FEDERAL, 2017f; MILECH et al, 2016). A organização de grupos já é realizada por algumas equipes, conforme relatado em entrevista: “a gente tem grupos de práticas integrativas que ofertam atividades físicas” (Entrevistado n.º 9).

Ressalta-se que, além de realizar um lanche 30 minutos antes da atividade física, o usuário que faz uso de insulina deve ajustar a dose do medicamento ao nível da atividade física (BRASIL, 2013b).

Além de alimentar-se de forma saudável e praticar atividade física de forma rotineira, o diabético deve evitar o consumo abusivo de bebida alcoólica. De acordo com Mendes (2012), o uso excessivo de álcool é responsável por 3,7% das mortes e 4,4% das doenças no mundo. No Brasil, a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2016 demonstrou que 19,1% dos brasileiros consomem álcool de forma abusiva, ou seja, que, nos últimos 30 dias, consumiram, num único dia, 5 doses ou mais para homens ou 4 doses ou mais para mulheres. No Distrito Federal, esses percentuais são de 31,1% para os homens e 15,1% para as mulheres, estando acima da média nacional (BRASIL, 2016a). Estima-se que de 9% a 12% dos adultos sejam dependentes do álcool no Brasil (BRASIL, 2014b).

Além disso, no Brasil, a exposição ao álcool inicia-se precocemente. Em pesquisa com alunos do 9º ano, com 14 anos em média, de escolas públicas e privadas das capitais brasileiras, 71% já haviam experimentado álcool e 27% consumiram nos últimos 30 dias. Além disso, cerca de 25% já se embriagaram ao menos uma vez na vida (BRASIL, 2014b).

O uso abusivo de álcool por pacientes diabéticos pode levar a descompensações agudas, com possibilidade de alterações significativas que necessitem de intervenções clínicas (BRASIL, 2014b; DISTRITO FEDERAL, 2017f). Deve-se alertar também que o consumo de álcool está relacionado a um possível ganho de peso e risco de hipoglicemia (DISTRITO FEDERAL, 2017f; MILECH, 2016), inclusive após 24 horas da ingestão de álcool, além de interferir nas dosagens de HbA1c (MILECH et al, 2016).

Com isso, o consumo de álcool deve ser desestimulado e não deve exceder os limites médios estabelecidos para pessoas sem doenças: menos de 30 g/dia para homens e menos de 15 g/dia para mulheres (BRASIL, 2014b; DISTRITO FEDERAL, 2017f;). Assim, as equipes de saúde da família devem ofertar intervenções preventivas e de tratamento do uso excessivo de álcool de forma rotineira, utilizando instrumentos de detecção precoce de uso abusivo de álcool, o aconselhamento, a intervenção breve e a interação entre a EqSF e especialistas, bem como a atenção compartilhada entre ESF e especialistas (MENDES, 2012).

Mendes (2012) recomenda que o aconselhamento para interromper ou diminuir o consumo de álcool seja claro, objetivo e personalizado. Deve-se chamar à reflexão, transmitir responsabilidade, opinar com honestidade, oferecer opções de escolha, demonstrar interesse,

facilitar o acesso e evitar o confronto. Também no aconselhamento não se deve demonstrar julgamento de valores e prescrever comportamentos (MENDES, 2012).

Diante desse contexto, as equipes de saúde da família devem elaborar um plano de cuidado, enfatizando o uso adequado dos medicamentos para o DM, posto que pacientes que abusam do álcool têm dificuldade de aderir ao tratamento (BRASIL, 2014b; DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Existem evidências de que, na atenção primária, as intervenções são efetivas e com uma boa relação custo benefício em pessoas sem dependência severa. No caso de pessoas com dependência severa de álcool, estas devem ser encaminhadas para tratamento especializado (MENDES, 2012).

Apesar da efetividade das intervenções na atenção primária, estudos demonstram que os profissionais não estão motivados ou são ambivalentes em abordar problemas do uso de álcool. Nas entrevistas, verificamos que há pouca ou nenhuma intervenção relativa ao consumo abusivo de álcool, conforme trechos a seguir:

Isso menos, assim pode até ter a abordagem, mas eu acho que ele não tem a mesma virtude que os grupos de tabagismo (Entrevistado n.º 6).

O consumo de álcool na verdade não havia, assim, nenhuma ação, nós não tínhamos nem cartazes sobre isso, então isso era perguntado ao usuário no momento em que ele chegava para fazer um acompanhamento, mas a partir daí nenhuma medida de gestão havia sido tomada até então (Entrevistado n.º 8).

A gente tem, por exemplo, muito mais ações de controle ao tabagismo do que em relação ao álcool, eu acho que, por exemplo, assim, você nas consultas individuais obviamente que se faz orientação, você pergunta, você percebe, enfim, né, e acho que se faz orientações. Mas, a gente sabe que ninguém para de beber, um alcoolista não para de beber porque o médico diz que ele precisa parar de beber, isso não existe. Então, eu creio que existem, sim, orientações individuais. Mas, assim, eu desconheço na nossa região um grupo dentro da atenção primária, uma ação dentro da atenção primária que vise o cuidado com a pessoa usuária de álcool (Entrevistado n.º 9).

Outra mudança de estilo de vida que tem impacto na promoção da saúde e prevenção de doenças é o abandono do tabagismo. A prevalência do tabagismo em maiores de 18 anos diminuiu substancialmente no Brasil, porém parece haver uma estabilização entre 2006 e 2009, com prevalência atual de 14,8%, sendo maior no sexo masculino (18,1%) do que no sexo feminino (12%) e, entre os jovens com 14 anos, 6,3% fumaram nos últimos 30 dias (BRASIL, 2014b).

Hoje, o tabagismo é reconhecido como uma dependência química e classificado no código internacional de doenças no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Foram identificadas na fumaça do cigarro mais

de 4.700 substâncias, sendo que mais de 50 delas são carcinogênicas e, o restante, tóxicas. A mortalidade decorrente do tabagismo, nos adultos, já é maior que o somatório de óbitos por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados. Além disso, está relacionado a 90% dos casos de câncer de pulmão, 75% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar e 30% de todos os casos de câncer. Diante desse contexto, a OMS considera o tabagismo a principal causa de morte evitável em todo o mundo (BRASIL, 2014b).

Os efeitos prejudiciais do tabagismo nas complicações diabéticas estão bem estabelecidos com relação à nefropatia, mas há poucos estudos que correlacionem o tabagismo como uma das causas do diabetes (BRASIL, 2014b). Por sua vez, Yokota (2017) leciona que, dentre os fatores de risco para doenças crônicas, o tabagismo é considerado a principal causa de morte prematura e responsável pelo aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias e diabetes.

No mesmo sentido, parece haver uma associação do tabagismo com os processos metabólicos do diabetes, como a homeostase da glicose, a hipersulinemia e a resistência à insulina. Em pessoas com tolerância à glicose normal, foram encontrados níveis mais altos de HbA1c entre fumantes do que em não fumantes. Estudos também indicam que o grau de resistência à insulina está diretamente relacionado com o número de cigarros fumados, mas o mecanismo não está identificado ainda. Além disso, os fumantes possuem maiores níveis glicêmicos e os fumantes diabéticos tem maior risco para desenvolver neuropatia e doença renal em estágio terminal (BRASIL, 2014b). Do mesmo modo, o tabagismo está associado ao mau controle do DM e ao aumento da hipertensão e da doença cardiovascular (MILECH et al., 2016).

Dessa forma, as equipes de saúde da família devem promover ações de incentivo e apoio efetivo ao abandono do tabaco a todos os fumantes (BRASIL, 2014b; DISTRITO FEDERAL, 2017f; MENDES, 2012), sendo uma das ações avaliadas pelo PCATool (BRASIL, 2010b). Para isso, as unidades de saúde precisam ser livres de poluição tabagística ambiental e seus profissionais, modelos de comportamento (MENDES, 2012). A cada consulta, deve-se incentivar o fumante a parar de fumar e como gostaria de fazê-lo e, se necessário, encaminhá-lo para o grupo de apoio à cessação do tabagismo. Essas abordagens rápidas, reforçadas em cada consulta, aumentam significativamente as taxas de abstinência (BRASIL, 2014b). Pode-se também utilizar a abordagem cognitivo-comportamental para orientar sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de deixar de fumar. Quando necessário, são introduzidos fármacos, como adesivo transdérmico de nicotina, cloridrato de bupropiona,

pastilhas e goma de mascar de nicotina (DISTRITO FEDERAL, 2017f; MENDES, 2012). Nas entrevistas, verificou-se que essas orientações não estão sendo seguidas por algumas equipes de saúde, conforme trecho a seguir: “o tabagismo estava funcionando apenas mediante cartazes nas unidades e era ofertado que eles procurassem uma sala, nós temos uma sala de tabagismo no hospital, então o programa de tabagismo acontecia mediante o interesse da população” (Entrevistado n.º 8).

Ressalta-se que a mudança de hábitos é algo complexo, que necessita de estratégias que facilitem o processo, com um bom conhecimento do contexto externo do território adscrito, conforme recomendado por McLaughlin e Jordan (2010).

Além das mudanças de estilo de vida, pode ser necessária a utilização de tratamento medicamentoso para controlar os níveis de glicose do paciente.

A importância dos medicamentos na saúde é crescente, tanto na perspectiva econômica, como na sanitária. Os gastos com medicamentos aumentaram devido ao aumento do número de prescrições e consequentemente de pessoas que utilizam medicamentos e o aumento dos custos devido às inovações tecnológicas. (DISTRITO FEDERAL, 2017h). Além disso, com o envelhecimento da população, as pessoas passaram a utilizar medicamentos durante um período maior ao longo da vida.

Do ponto de vista sanitário, o uso inadequado dos medicamentos pode causar mortes. Na América Latina, menos de 40% das pessoas utilizaram medicamentos conforme os padrões definidos nas diretrizes clínicas (DISTRITO FEDERAL, 2017h).

Assim, para garantir a disponibilidade e o acesso aos medicamentos e os insumos prescritos de forma racional (BRASIL, 2017c), a SES/DF iniciou, em março de 2017, o projeto para implantação do cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde de forma padronizada e institucionalizada. O projeto é coordenado pela Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e conta com a participação de 12 UBS de diferentes regiões de saúde. A Nota Técnica n.º 2 – GCBAF/DIASF/CATES/SAIR/SES-DF, emitida em junho de 2017, estabelece os critérios e os fluxos de acesso aos novos serviços clínicos ofertados aos usuários, bem como a agenda de atividades do farmacêutico (DISTRITO FEDERAL, 2017h).

Os pacientes diagnosticados com DM tipo 1, além do tratamento não farmacológico, devem utilizar insulina, de 3 a 4 doses ao dia, divididas em insulina basal e insulina prandial, com doses ajustadas conforme as glicemias capilares, que devem ser realizadas, no mínimo, 3 vezes ao dia (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Por sua vez, os pacientes diagnosticados com DM tipo 2 que necessitam de tratamento medicamentoso iniciam com o uso de diabético oral. Caso ocorra evolução da doença, inclui-se uma ou duas doses de insulina basal. Após três e seis meses, deve-se reavaliar a conduta terapêutica caso o paciente não alcance a meta glicêmica, verificada na glicemia de jejum e Hb1AC, ou com progressão da doença. Caso o paciente continue descompensado ou tenha níveis de glicose plasmática maiores que 300 mg/dL no momento do diagnóstico, deve-se considerar o uso da insulina. As insulinas reduzem a HbA1c em até 3,0% e os eventos micro e macrovasculares, sendo a hipoglicemia seu principal fator limitante. Para prevenir a hipoglicemia, deve-se adequar a dose de insulina à dieta e ao exercício. Destaca-se que a equipe deve observar a dose para cada tipo de esquema, técnica de preparação, aplicação e armazenamento da insulina, sendo esses procedimentos revisados periodicamente com a pessoa e a família (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Após a definição do tratamento medicamentoso, é essencial que o paciente continue sendo acompanhado pela equipe de saúde da família, que deve ter conhecimento de todos os medicamentos, de acordo com a estratificação de risco, para verificar a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso e avaliar a evolução da doença (DISTRITO FEDERAL, 2017f; BRASIL, 2010b).

Figura 12 - Ciclo da Assistência Farmacêutica.



Fonte: Adaptado de Marin et al. (2003), p. 130.

O fornecimento desses medicamentos ao usuário faz parte do ciclo de assistência farmacêutica, conforme a Figura 12 - Ciclo da Assistência Farmacêutica. O ciclo é composto

de 6 etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização, que inclui a prescrição, a dispensação e o uso. A estratificação de riscos está intimamente relacionada com a programação que se baseia no perfil epidemiológico da população cadastrada e no protocolo clínico do DM (DISTRITO FEDERAL, 2017h). Todas as etapas são essenciais para que o usuário tenha acesso ao medicamento, mas, para a construção do modelo lógico, o foco será na etapa da utilização.

A utilização do medicamento ocorre com o fornecimento direto ao usuário ou no uso em procedimentos realizados pela equipe de saúde. Após a prescrição do médico, que deve obedecer ao protocolo clínico de DM, às diretrizes clínicas e à relação de medicamentos padronizados do DF (REME/DF), ocorre a dispensação, realizada pelo farmacêutico ou por pessoa devidamente treinada. A dispensação requer a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega dos medicamentos e de insumos ao paciente ou seu responsável e a orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios e efeitos colaterais, seu armazenamento e descarte (no caso de agulhas e seringas para insulina, por exemplo), tudo isso com o intuito de garantir a segurança e a utilização adequada do paciente. Além disso, o farmacêutico enfatiza o cumprimento da dosagem, dos horários de tomada e da influência de alguns alimentos na ação do medicamento (DISTRITO FEDERAL, 2016b, 2017h). O armazenamento é importante, tanto para a segurança dos moradores, como para a conservação do medicamento, sendo inclusive objeto de avaliação pelo PCATool (BRASIL, 2010b).

Mendes (2011) destaca que o foco da assistência farmacêutica deve ser os usuários, e não o fornecimento do medicamento em si. Com isso, o cuidado farmacêutico é a ação integrada, centrada no usuário, do farmacêutico com as equipes de saúde da família que tem como objetivos a promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, a proteção e a recuperação da saúde e a prevenção de agravos (DISTRITO FEDERAL, 2017h).

No mesmo sentido, a participação do farmacêutico nas equipes multiprofissionais é essencial para o novo modelo de atenção às condições crônicas para um melhor resultado no nível dos cuidados primários (MENDES, 2012).

No Distrito Federal, a SES/DF considera como atividades relacionadas ao cuidado farmacêutico na atenção primária: conciliar medicamentos, monitorar a terapêutica de medicamentos, acompanhar e revisar a farmacoterapia, educar em saúde e dispensar e lidar com problemas de saúde autolimitados. Com isso, o farmacêutico pode realizar visitas domiciliares, consultas compartilhadas, consulta individual e reuniões com as equipes e em

grupos. Como não há recursos humanos suficientes, as consultas individuais e o acompanhamento farmacoterapêutico ocorrerá nos casos que necessitem de um atendimento mais específico, sendo identificados por qualquer membro da equipe de saúde da família (DISTRITO FEDERAL, 2017i).

Diante desse contexto, verifica-se que as atividades do cuidado farmacêutico transcendem o simples ato de fornecimento do medicamento. Elas vêm para promover a saúde, sem a pretensão de substituir as funções dos integrantes das equipes de saúde da família (DISTRITO FEDERAL, 2017i).

Outra questão relatada pelo comitê tradicional no momento da validação do modelo lógico refere-se à qualidade da prescrição médica, em especial a inércia clínica na demora de prescrever a insulina, que pode ocorrer pela ausência de capacitação do profissional, pelo volume de pacientes ou até mesmo pelo receio de prescrever insulina. Essa inércia clínica pode atrasar a prescrição de insulina em 8 a 12 anos, refletindo assim na qualidade da assistência (Especialista n.º 1).

Há pacientes que, mesmo com o acompanhamento regular das equipes de saúde, com base na estratificação de risco, e o atendimento das recomendações do tratamento não medicamentoso e medicamentoso, acabam apresentando complicações. As complicações podem ser crônicas, como a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia diabética, que necessitam de atendimento especializado, ou agudas, como a hipoglicemia e a cetoacidose diabética, que necessitam de atendimentos de urgência. Cada caso deve ser avaliado de forma individual e deve-se levar em consideração a estratificação de risco atualizada. Para prevenir ou tratar as complicações crônicas, os pacientes podem ser encaminhados para as seguintes especialidades: oftalmologia, nefrologia, ambulatório do pé diabético, endocrinologia, cardiologia e periodontia. Inicialmente, identificou-se a neurologia como uma especialidade que receberia encaminhamentos das EqSFs. No entanto, no momento da validação pelo comitê tradicional, ficou evidente que, caso haja necessidade, o encaminhamento para a neurologia e para o cirurgião vascular será realizado pelo endocrinologista. Assim, não constam no presente modelo lógico o encaminhamento para essas duas especialidades, uma vez que as EqSFs não realizam o encaminhamento diretamente para o neurologista e o cirurgião vascular.

Para encaminhar os pacientes da atenção primária para atendimento especializado, algumas regiões utilizam o SISREG, que é o sistema de regulação do DF. Entretanto, a fila de espera pode demorar muito de acordo com a classificação do paciente, realizada por um médico regulador, conforme trecho de entrevista a seguir:

Existe um sistema já na UBS que é o sistema de regulação que é o SISREG, que nesse a gente coloca para endócrino, por exemplo. Então, é uma fila que tem feito uma classificação e o usuário é chamado, não são filas rápidas [...] Por exemplo, oftalmo é uma lista muito maior que noventa dias, e a gente sabe que um paciente de diabetes precisa ter o fundo do seu olho analisado e o médico de família não vai fazer isso, ele precisa de um especialista (Entrevistado n.º 3).

Outras regiões utilizam o SISREG e Siscom Web, que é uma ferramenta desenvolvida por um profissional de uma região de saúde, sem custos adicionais para a Administração Pública. Por ser uma ferramenta com código fonte aberta, outras regiões também aderiram ao Siscom Web, conforme relato a seguir.

A expectativa nossa é que o Siscom seja uma ferramenta para amarrar a atenção primária ao serviço especializado, por que, hoje, o SISREG, ele joga todos os pacientes de todo o DF num pacote só, então isso impessoaliza muito. Aí gera uma série de dificuldades locais: gerir a fila de espera, entender qual que é o perfil do encaminhador, entender quais são as dificuldades de encaminhamento, e uma série de relatórios gerenciais que a gente não consegue ter o controle. O Siscom Web hoje permite isso para a gente aqui, então a expectativa em relação à rede de atenção ao paciente com agravo crônico não transmissível é a gente tentar preparar um pouquinho mais a rede para quando vier o Planifica a gente já está estruturado para conseguir dar resposta para os profissionais que estão na atenção primária (Entrevistado n.º 5).

Além de utilizar esses dois sistemas, está em fase de implantação o “Planifica”. A instituição do Planifica no DF segue o disposto na Portaria n.º 4.279/2010, que estabeleceu como estratégia para fortalecer a APS a planificação da rede com o objetivo de ampliar a compreensão sobre a organização da RAS e qualificar o planejamento do Sistema a partir da APS. No DF, a planificação iniciou-se com as condições crônicas, com o apoio de várias áreas para cumprir os objetivos. Inicialmente, o Planifica foi implantado na região leste com a capacitação dos servidores em seis oficinas, com tutorias, para padronizar o atendimento na atenção básica e o encaminhamento para a atenção especializada. Com o Planifica, somente os pacientes inicialmente atendidos e estratificados pela atenção básica poderão ser encaminhados para a atenção especializada. Esse processo visa a diminuir a demanda pela atenção especializada, que estava repleta de pacientes que poderiam ser acompanhados pelas equipes de saúde da família, agilizando assim o atendimento dos pacientes estratificados como alto ou muito alto risco, conforme relato a seguir: “Então começou lá pela territorialização, a estratificação de risco, melhorar a ambiência, que era uma ambiência confusa, instituir bloco de horas, modelo de agendamento, tudo isso são coisas que vieram pela tutoria” (Entrevistado n.º 9).

Os pacientes que são encaminhados pelas EqSFs no modelo do Planifica são atendidos por todas as especialidades num único período do dia, inclusive com o

acompanhamento do assistente social e do psicólogo para entender o contexto em que o paciente está inserido e auxiliar no tratamento prescrito pelos médicos, conforme trecho da entrevista a seguir:

Eles vão fazer essa primeira avaliação e se sentam para discutir um projeto terapêutico para aquele paciente, o que a gente tem que identificar nesse primeiro mês, tem questões de saúde de alto e muito alto risco que já está altamente comprometido. Então, precisa do cardio, precisa do endócrino, precisa do neuro, precisa do nefro, do oftalmo, enfim, então você tem um uso de recursos gigante porque a pessoa já vem com muita questão social, quase todos os casos tem questões sociais muito importantes que você entende porque essa pessoa ficou alto risco, e por que ela virou alto risco, ou muito alto risco, porque tem aí uma depressão importante, tem uma cobrança extrema, tem etilismo, tem uso de droga, tem abandono de família. Enfim, os casos são sempre, pelo menos os que tem chegado para nós, são bem complexos, assim, bem complexos, não basta você ajeitar a medicação, avaliar o pé. Assim, assistente social e o psicólogo, nutricionista, a equipe multi é muito importante porque os casos são psicologicamente, socialmente bem complexos (Entrevistado n.º 9).

Seguindo a tendência de organizar atenção secundária, em outra região foi inaugurado, em julho de 2017, um Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão (CEDOH), com o fluxo e o contra fluxo definidos pelo grupo responsável por esse centro de especialidades. A principal diferença da região que está iniciando o Planifica é que, no Planifica, as especialidades estão concentradas no hospital, e nessa região há um espaço físico próprio, anteriormente ocupado por uma unidade básica de saúde. Antes de criar o CEDOH, o hospital da região já possuía atendimento especializado, que está em fase de transferência para esse novo local, conforme trecho a seguir:

O hospital já tinha o grupo de endocrinologista, eram três endócrinos e um endócrino pediátrico, já tinha isso, já tinha o oftalmo, já tinha um médico, já tinha tudo, tem o Pé Diabético bem instalado aqui dentro (Hospital), porque a gente já tinha tudo aqui, só que isso está sendo transferido para lá (Entrevistado n.º 7).

A padronização da atenção especializada é essencial para o tratamento do paciente diabético que possui um alto risco de desenvolver complicações crônicas graves. O relatório ou a planilha contendo informações dos pacientes encaminhados para a atenção especializada são uns dos documentos que comprovam as ações das EqSFs (BRASIL, 2016b), podendo ser utilizados como indicador da ação e das atividades.

Dentre as complicações crônicas, um paciente diabético tem 30 vezes mais chance de desenvolver cegueira, 40 vezes para amputações de membros inferiores, 2 a 5 vezes para IAM e 2 a 3 vezes para AVC, por exemplo.

A primeira complicação é a retinopatia diabética, que é uma complicação microvascular progressiva caracterizada por oclusão e danos a pequenos vasos sanguíneos,

sendo uma das principais causas de cegueira no Ocidente. Essa complicação é muito grave, pois estima-se que cerca de 80% das pessoas que convivem com o DM por 25 anos vão desenvolver retinopatia e em torno de 5% das pessoas com 30 anos de convivência com a DM poderão ficar cegas (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Para as pessoas com DM tipo 1, recomenda-se que sejam encaminhadas para avaliação oftalmológica dentro de 3 anos após o início da doença (DISTRITO FEDERAL, 2017f). No entanto, Milech et al. (2016) consideram que o acompanhamento para o diabético tipo 1 deve iniciar-se após a puberdade ou com 5 anos de doença. As pessoas com DM tipo 2 devem ser encaminhadas para avaliação oftalmológica no momento do diagnóstico, para uma avaliação e realização da fundoscopia, que é um dos indicadores descritivos do PMAQ (BRASIL, 2016b). O diagnóstico precoce de retinopatia grave exige uma intervenção imediata efetiva. Do mesmo modo, uma gestante diabética deve ser encaminhada ao oftalmologista no primeiro trimestre e pelo menos a cada 3 meses até o parto, posto que a retinopatia diabética tem características mais agressivas durante a gravidez (DISTRITO FEDERAL, 2017f; MILECH et al. 2016).

A ênfase no controle da glicose e pressórico são a base do tratamento da retinopatia. Além de manter uma taxa de HbA1c < 7%, o controle reduz a taxa de progressão subclínica da retinopatia leve em 54% e previne em 76% o surgimento de retinopatia em pessoas com DM tipo 1 (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

As pessoas com retinopatia grave ou proliferativa ou suspeita de edema macular diabético podem ser encaminhadas ao oftalmologista para avaliação da necessidade de fotocoagulação, que reduz em 90% o risco de cegueira em cinco anos e reduz a taxa de desenvolvimento da perda da visão por edema de mácula em cerca de 50%. Entretanto, destaca-se que o efeito é preventivo, e não reverte a perda visual instalada (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Deve-se avaliar individualmente o encaminhamento ao oftalmologista, por meio de formulário específico preenchido adequadamente. Os casos de retinopatia proliferativa ou pré-proliferativa grave e suspeita de maculopatia devem ser encaminhados ao oftalmologista e são, pela regulação, classificados como vermelho (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

A frequência das consultas deve seguir os seguintes parâmetros (DISTRITO FEDERAL, 2017f, p.43):

- Pacientes com DM tipo 2: no diagnóstico e a cada 2 anos se estiver bem compensado e sem queixas visuais;

- Pacientes diabéticos e/ou hipertensos classificados como de alto risco devem ser reavaliados anualmente;
- Pacientes diabéticos e/ou hipertensos com Doença Renal Crônica (DRC) devem ser encaminhados ao oftalmologista no momento do diagnóstico do DRC e reavaliados anualmente.

A Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda os seguintes testes de detecção de retinopatia: fotografia do fundo de olho, oftalmoscopia indireta, biomicroscopia da retina e dilatar as pupilas com tropicamida. Destaca-se que não há evidências que apontem o melhor método diagnóstico para a retinopatia diabética (MILECH et al., 2016). Por sua vez, no Distrito Federal, recomenda-se a utilização do mapeamento de retina com oftalmoscópio binocular indireto e a retinografia colorida com registro da imagem (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Ressalta-se que, além da retinopatia e do edema macular, também são comuns nos pacientes com DM a catarata, o glaucoma de ângulo aberto, a oftalmoplegia e a paralisia dos músculos extraoculares (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Uma questão importante após o diagnóstico da retinopatia refere-se à prática de atividade física. Nos casos de retinopatia não proliferativa moderada, deve-se evitar as atividades que aumentem dramaticamente a pressão arterial, os esportes competitivos de alta intensidade e as atividades de choque direto. No caso de diagnóstico de retinopatia proliferativa, recomenda-se apenas atividades de baixo impacto, como natação, caminhada e bicicleta estacionária, sendo contraindicados os exercícios de impacto e os esportes com raquete e bola (MILECH et al., 2016).

Outra complicação microvascular associada ao DM é a nefropatia, que deve ser diagnosticada e tratada por um nefrologista. Cerca de 20 a 40% das pessoas com DM tipo 2, tanto crianças como adultos, acabam evoluindo para a nefropatia (MILECH et al, 2016). A quantidade de pessoas que necessitam de diálise cresceu muito, e o DM, juntamente com a hipertensão arterial, constitui a principal causa de DRC (DISTRITO FEDERAL, 2017f; MILECH et al, 2016). Considerando que o controle da glicose diminui a velocidade de progressão da insuficiência renal, é essencial um bom controle da hiperglicemia desde os estágios mais precoces da DRC, com cuidado para não desenvolver episódios de hipoglicemia (MILECH et al, 2016).

De modo semelhante à retinopatia diabética, a nefropatia pode agravar-se com a gestação. Dessa forma, o controle das funções renais deve ocorrer antes, durante e após a gravidez nas pacientes com diabetes preexistente (MILECH et al, 2016).

Nos indivíduos que não foram inicialmente diagnosticados com a DRC, recomenda-se a reavaliação da TFG e do EAS anualmente. É considerado portador de DRC quem apresente por pelo menos três meses consecutivos (DISTRITO FEDERAL, 2017f, p. 45):

- TFG < 60 ml/min/1,73 m² ou
- TFG ≥ 60 ml/min/1,73 m² associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

As taxas de TFG podem ser classificadas em estágios, 1, 2, 3A, 3B, 4 e 5, conforme progressão da doença. Os estágios 3B, 4 e 5, que são mais graves, são encaminhados para o nefrologista, mantendo o vínculo com as equipes de saúde. Os estágios iniciais 1, 2 e 3A são acompanhados na atenção primária à saúde para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC, como controle da glicose, pressão arterial e dislipidemia, tratamento da obesidade, abandono do tabagismo e adequação ao estilo de vida saudável (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

No caso de idosos, deve-se investigar outros sinais de nefropatia ou a presença de fatores para DRC, pois eles podem ter, fisiologicamente, a TFG mais baixa. Também se pode detectar DRC por alterações em qualquer exame de imagem, como raios-X simples de abdome, ultrassonografia dos rins e das vias urinárias ou tomografia (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

A terceira complicação microvascular mais comum em diabéticos é a neuropatia, sendo o DM a principal causa de neuropatia periférica, que é a complicação crônica mais incapacitante do DM. Os nervos periféricos são responsáveis por levar os impulsos nervosos pela sensibilidade ao tato, a pressão, a temperatura e a vibração. A neuropatia periférica diabética ocorre mais comumente nos nervos mais longos, como pernas e braços, mas também pode ocorrer no tórax, na face e nas regiões genitais (MILECH et al, 2016).

Além disso, a neuropatia periférica também está associada ao pé diabético, que é responsável por 40 a 70% das amputações não traumáticas (BRASIL, 2013b). A neuropatia diabética apresenta um quadro variado de sinais e sintomas, dependendo da localização das fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômica, podendo variar de assintomática até fisicamente incapacitante (DISTRITO FEDERAL, 2017f). Na consulta com a equipe de saúde, deve-se questionar sobre a presença de sintomas neuropáticos positivos, como dor em queimação ou em agulhada e sensação de choque, e negativos, como dormência e sensação de pé morto. No caso de ocorrência desses sintomas, encaminha-se o paciente para uma

avaliação no ambulatório do pé diabético referenciado na rede (BRASIL, 2013b). Além disso, as pessoas com úlceras crônicas devem receber uma maior atenção na atenção primária, inclusive com a realização de curativos, e devem ser encaminhadas ao ambulatório especializado para evitar maiores complicações. Do mesmo modo, o paciente deve ser orientado para, no caso de dor, odor nos pés, edemas ou sensação de mal-estar, procurar imediatamente a UBS (BRASIL, 2013b).

Para encaminhar o paciente, a SES/DF possui uma ficha de avaliação e rastreamento de dor neuropática, perda da sensibilidade protetora e doença arterial periférica para a atenção básica – Anexo I, que é utilizada para registrar os dados da avaliação e quando há necessidade de encaminhar para o ambulatório de referência. No caso de necessidade de confecção de próteses e órteses, é utilizada a ficha para encaminhamento de órtese e próteses, Anexo II.

Para tratar o pé diabético, precisa-se de uma equipe multidisciplinar, assim o ambulatório do pé diabético possui vários profissionais especializados, como relato a seguir: “Uma boa enfermeira capacitada em pé de diabético, com especialização, tem um endocrinologista e tem o cirurgião vascular e o ortopedista e às vezes o infectologista para fazer os pareceres e as intervenções” (Especialista n.º 1).

Essa complicação é tão importante que faz parte de um dos três programas da Coordenação Central de Diabetes (CCD) da SES/DF. O programa de neuropatia, pé diabético e outras complicações tem como objetivos: o rastreamento para detecção precoce das complicações, a organização da abordagem diagnóstica, terapêutica e acompanhamento da neuropatia, do pé em risco, pé diabético com lesões e a prevenção de amputações. No mesmo sentido, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde do DF (DISTRITO FEDERAL, 2016b) indica a possibilidade de encaminhamento para um atendimento especializado no ambulatório de referência em pé.

Algumas regiões de saúde já possuem um atendimento especializado para tratamento do pé diabético, conforme trecho a seguir: “A gente tem o programa do pé diabético aqui dentro do hospital, então aqui dentro do hospital funciona o programa, então a gente referencia para cá” (Entrevistado n.º 4).

No entanto, há região que não tem, mas entende que é necessário o ambulatório de pé diabético, conforme mencionado: “A gente precisa montar um ambulatório de pé diabético aqui, a gente precisa avançar para isso, a gente não tem hoje” (Entrevistado n.º 9).

Outras especialidades essenciais no tratamento do DM são a endocrinologia e a cardiologia. A Coordenação Central do Diabetes na SES/DF mantém uma relação estreita

com a Coordenação de Endocrinologia com o objetivo de diminuir o número de internações por diabetes e suas complicações, diminuindo assim o impacto socioeconômico da doença, bem como incentivar as equipes de saúde a promoverem o controle clínico. Além disso, todos os pacientes diabéticos tipo 1 e as crianças e os adolescentes com diagnóstico de DM tipo 1 e tipo 2 devem ser encaminhados ao endocrinologista.

Por sua vez, na questão cardiológica, sabe-se que um paciente diabético possui um risco de 2 a 5 vezes maior para IAM e de 2 a 3 vezes maior para AVC. Além disso, o IAM, o AVC, a angina estável e a doença arterial periférica são consideradas situações de instabilidade clínica, necessitando de um maior acompanhamento dos pacientes com essas condições até a estabilização. Esse acompanhamento ocorre com a equipe de saúde da família e com um cardiologista.

Além desses casos acima relacionados, os pacientes diabéticos com dislipidemia devem ser encaminhados ao endocrinologista ou o cardiologista nos seguintes casos (DISTRITO FEDERAL, 2017f, p. 41):

- Quando a variabilidade entre os resultados das dosagens de colesterol total, LDL, HDL e triglicérides persistir além da esperada, mesmo após instituída a MEV e terapia medicamentosa adequada.
- Pessoas com formas graves de dislipidemia e que tem pequena ou nenhuma resposta ao uso de medicamentos em doses habituais.
- Pessoa com doença coronariana sintomática.

O tratamento adequado das dislipidemias previne o desenvolvimento de doença arterial coronariana, insuficiência arterial periférica e doença cerebrovascular (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

O controle da dislipidemia também foi reforçado pelo comitê tradicional, com destaque para o uso das estatinas para evitar o infarto e suas complicações, sendo os problemas relacionados ao sistema cardiovascular as principais causas de morte do paciente diabético. Além disso, o uso de antiagregantes plaquetários, como a aspirina, previnem trombose e AVC (Especialista n.º 1).

Além do encaminhamento a esses especialistas, o diabético precisa ser encaminhado ao periodontista, especialidade da odontologia que trata dos tecidos periodontais e das doenças relacionadas a eles, como gengivite e periodontite. De acordo com a Sociedade Brasileira de Periodontia, pacientes diabéticos têm um risco de 2,5 vezes maior do que pacientes não diabéticos de desenvolver gengivite. Cerca de 76% dos pacientes com DM mal controlados possuem doença periodontal, mas diabéticos controlados e com uma boa escovação e controle de placa bacteriana apresentam condições periodontais semelhantes aos

pacientes não diabéticos. Estima-se que 80% da população mundial sofra com periodontite moderada ou gengivite, sendo de 8 a 10% acometidos pelo seu tipo mais grave (MILECH et al, 2016).

O acúmulo de placa bacteriana causa uma inflamação mais acentuada na gengiva (gengivite) dos pacientes diabéticos. O aumento dessa placa e seu endurecimento, também conhecido como tártaro, pode se estender até o espaço entre os dentes e a gengiva, atingindo os tecidos periodontais, ocasionando a periodontite. Essa condição crônica inflamatória pode ocasionar a destruição tecidual periodontal e perda óssea alveolar, tendo como consequência a perda do dente por falta de sustentação. Além disso, o tártaro está repleto de bactérias, que podem entrar na corrente sanguínea e atingir todo o organismo. A inflamação ocasionada por essas bactérias dificulta a absorção de insulina, aumentando a resistência insulínica dos pacientes, gerando uma descompensação glicêmica. Dessa forma, as doenças periodontais aumentariam a gravidade do diabetes e comprometeriam o controle metabólico de modo similar a outros estados infecciosos sistêmicos (MILECH et al, 2016). Ressalta-se que a diabetes por si só não causa periodontite, mas pode agravar um quadro já estabelecido. Dessa forma, recomenda-se que os pacientes sejam avaliados pela equipe de saúde bucal, no mínimo, uma vez por ano, sendo os retornos estabelecidos pela equipe (DISTRITO FEDERAL, 2017f). No mesmo sentido, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2016b) possui três procedimentos relacionados à prevenção de doença periodontal: manutenção de controle da glicose adequado, ações coletivas e individuais de saúde bucal e atentar para sinais de mobilidade dental, inflamação ou sangramento gengival. Assim, o tratamento baseia-se no controle de placa e na raspagem e no alisamento radicular. Como consequência, há uma redução no sangramento gengival e na dosagem da HbA1c (MILECH et al, 2016).

No que se refere às complicações agudas, essas devem ser atendidas em regime de urgência pelas equipes de saúde da família e se, após os primeiros socorros, o paciente ainda não for estabilizado, este deve ser removido para uma unidade de saúde com mais recursos disponíveis.

As complicações agudas mais comuns da DM são a descompensação hiperglicêmica aguda, com glicemia casual superior a 250 mg/dl, com possibilidade de evolução para a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica, e a hipoglicemia, com glicemia casual inferior a 60 mg/dl. Essas complicações agudas requerem ações imediatas da pessoa, da família, dos amigos e da equipe de saúde para evitar que a situação evolua (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

A cetoacidose diabética decorre da deficiência absoluta ou relativa de insulina, potencialmente letal, com mortalidade em torno de 5% (DISTRITO FEDERAL, 2017f), além de ser responsável por metade das mortes nos pacientes com DM tipo 1 com menos de 24 anos (MILECH et al., 2016). Seus principais sintomas são: polipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental. O quadro pode evoluir para choque, distúrbio eletrolítico, insuficiência renal, pneumonia de aspiração, síndrome de angústia respiratória no adulto e edema cerebral em crianças. O diagnóstico é realizado por hiperglicemia superior a 250 mg/dl, cetonemia e acidose metabólica (pH <7,3 e bicarbonato <15 mEq/l) (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

A síndrome hiperosmolar não cetótica caracteriza-se por uma hiperglicemia superior a 600 mg/dl, acompanhada de desidratação e alteração do estado mental, na ausência de cetose. Os idosos cronicamente doentes, debilitados ou institucionalizados com mecanismos de sede ou acesso à água prejudicados são os indivíduos com maior risco (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Após o diagnóstico dessas complicações, deve-se hidratar oralmente e tratar a doença intercorrente. Os pacientes com glicemia superior a 250 mg/dl, cetonúria, hálito cetônico, desidratação com pele seca e fria ou vômitos devem ser removidos imediatamente para a emergência de um hospital (DISTRITO FEDERAL, 2017f). No ambiente hospitalar, essas duas complicações devem ser tratadas em unidade de terapia intensiva, com profissionais habilitados para essas complicações (MILECH et al, 2016).

No caso dos pacientes com glicemia acima de 250 mg/dl e cetonúria, sem hálito cetônico, desidratação ou vômitos, deve-se administrar 20% da dose de insulina diária sob a forma de insulina regular e reavaliar em 4 horas. Repetir a dose se a glicemia ainda estiver acima de 250 mg/dl. Deve-se manter o paciente hidratado com soro fisiológico 0,9% endovenoso em acesso venoso calibroso. No caso de não apresentar melhora no próximo teste ou agravar o quadro, encaminhar imediatamente ao serviço de emergência (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Para os pacientes com glicemia acima de 250 mg/dl e sem cetonúria, deve-se administrar 10% da dose diária de insulina, hidratar com soro fisiológico 0,9% endovenoso em acesso venoso calibroso e reavaliar a cada 4 horas até estabilizar. Se houver piora do quadro, encaminhar para o serviço de emergência (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

Alguns entrevistados das regiões de saúde do Distrito Federal relatam que as equipes de saúde da família prestam os atendimentos de urgência e, caso necessário, removem

o paciente para o hospital com o auxílio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), conforme trechos a seguir:

Para fazer o encaminhamento dos casos mais graves hoje a gente chama o SAMU, é o SAMU mesmo que a gente tem que chamar para levar para o hospital (Entrevistado n.º 3).

Ele tem o primeiro atendimento na UBS até se estabilizar, mas o quadro e o transporte é feito via SAMU. Assim, depende da gravidade do paciente. Mas provavelmente o paciente vai precisar ser removido da unidade, se ele não conseguir estabilizar lá realmente ele tem que ir num transporte sanitário (Entrevistado n.º 4).

Para alguma coisa mais complicada eles chamam o SAMU, quando não, eles ligam aqui pedindo ambulância, a ambulância pega o paciente e traz aqui para o hospital (Entrevistado n.º 7).

Outra complicação aguda é a hipoglicemia, que é caracterizada por níveis glicêmicos abaixo de 70 mg/dl associados aos sintomas neuroglicopênicos como fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma e convulsão, além de manifestações de liberação do sistema simpático como sudorese, taquicardia, apreensão e tremor. O diagnóstico precoce de hipoglicemia evita seu agravamento, sendo essencial a cooperação da família e amigos, que podem perceber os sinais de hipoglicemia antes do paciente. O tratamento precisa ser imediato, com pequena dose de carboidrato simples, cerca de 10 a 20 g, repetindo-a em 15 minutos, se necessário. Se a equipe de saúde diagnosticar a hipoglicemia grave, deve-se administrar tablets de glicose ou açúcar (30g) ou 25 ml de glicose a 50% via endovenoso em acesso de grande calibre; manter com glicose a 10% até recuperar a consciência ou glicemia maior que 60 mg/dl; e manter esquema oral, observando o paciente enquanto perdurar o pico da insulina (DISTRITO FEDERAL, 2017f).

4.3 Produtos

Os produtos relacionados no modelo lógico da atenção do Diabetes Mellitus pela ESF no Distrito Federal servem como parâmetros para a elaboração de indicadores para avaliar e monitorar o desenvolvimento da atenção do DM pelas EqSFs no Distrito Federal. Além disso, os produtos são essenciais para atingir os resultados intermediários e consequentemente os resultados finais.

Da mesma forma, há produtos que servem de recursos para o desenvolvimento de outras ações ou atividades. Por exemplo, o produto “Profissionais capacitados ao atendimento do DM na ESF” é essencial para o desenvolvimento de várias ações e atividades elencadas no

modelo, posto que um profissional capacitado consegue realizar uma anamnese e um exame clínico mais detalhado, solicita e analisa os exames complementares adequados, realiza o exame dos pés conforme os parâmetros estabelecidos pela Secretaria de Saúde, prescreve, quando necessários, os medicamentos apropriados, além de diagnosticar e tratar as complicações agudas e crônicas decorrentes do DM.

Outros produtos que têm repercussão em atividades são a identificação da população com DM no território e o cadastro realizado e atualizado. Ambos são essenciais para o agendamento de consultas dos usuários identificados e cadastrados e especialmente para a estratificação de risco, que deve ser sempre atualizada, preferencialmente, em sistema eletrônico, para estabelecer um protocolo de atendimento realizado pelas EqSFs.

De forma semelhante, as campanhas e as palestras educativas ministradas e os grupos de apoio formados e em atividade auxiliam na ação de prescrever tratamento não medicamentoso e nas atividades de conquista do autocuidado, no consumo de alimentos saudáveis, na prática de atividade física rotineira, na diminuição do consumo excessivo de álcool e no abandono do tabaco e seus derivados.

4.4 Resultados intermediários

Os resultados intermediários são decorrentes dos produtos e evidenciam as mudanças nas causas do problema e conseqüentemente levam ao(s) resultado(s) final(is) esperado(s) (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). Um resultado intermediário pode ser consequência de um ou mais produtos e um produto pode contribuir para mais de um resultado intermediário.

No modelo lógico em questão, os resultados advêm da interação de diversos fatores e condições que favorecem a adesão ao tratamento e o acompanhamento pelas EqSFs. Verificou-se, inicialmente, nos documentos analisados três resultados intermediários. Entretanto, na construção do modelo lógico, foram identificadas lacunas tanto nos resultados intermediários, como nos finais. Essas dúvidas foram relacionadas em documento separado do modelo e discutidas na etapa de validação. Dessa forma, foram, a princípio, incluídas as informações que foram coletadas nos documentos analisados, conforme recomendações de Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007). Assim, após a análise do comitê tradicional, foram validados quatro resultados intermediários.

A primeira lacuna verificada foi uma ausência de resultado intermediário relacionado à identificação da cobertura dos pacientes diabéticos pelas EqSFs. Após discussão

no comitê tradicional, incluiu-se o resultado intermediário “Identificação da cobertura de diabéticos pela ESF”, posto que é essencial esse resultado para delimitar um melhor planejamento, tanto de recursos como de ações, e para subsidiar a tomada de decisões. Atualmente, a SES/DF não tem os dados consolidados sobre a quantidade de pacientes diabéticos atendidos pelas EqSFs, conforme trecho de resposta da Lei de Acesso à Informação a seguir:

Informamos que atualmente a SES/DF não possui sistema unificado de cadastro de pacientes com DM e cada unidade básica de saúde deve realizar o cadastro e o atendimento dos pacientes de suas respectivas áreas de abrangência. Esta área técnica considera a estimativa de que 7% da população acima de 18 anos residente no DF são portadores de Diabetes¹².

Um outro resultado intermediário esperado é o controle da glicose (BRASIL, 2013b), que é resultado de vários produtos: capacitação dos profissionais, identificação e cadastro dos diabéticos, diagnóstico eficaz, estratificação de riscos realizada e atualizada, palestras educativas e grupos ativos, conquista do autocuidado, consumo de alimentos saudáveis, prática de atividades físicas rotineiras, diminuição do uso excessivo de álcool, abandono do tabaco e seus derivados e uso de medicamentos conforme orientação médica. Todos esses produtos contribuem de forma efetiva para um melhor controle da glicose.

Como parâmetro para elaboração de indicador para o controle da glicose, pode-se utilizar as metas de Hemoglobina glicada presentes no Protocolo de Atenção à Saúde Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde (2017f), que recomenda:

- Adultos com diabetes - HbA1c <7%;
- Crianças e adolescentes - HbA1c < 7,5%;
- Idosos - HbA1c < 8%.

Essas metas foram discutidas na ocasião da validação do modelo lógico e o comitê tradicional indicou que esses seriam os melhores parâmetros, por serem factíveis dentro da realidade do Distrito Federal.

Outro resultado intermediário identificado é a mudança no estilo de vida efetivada. Milech et al. (2016) relatam que o DM tipo 2 pode ser retardado e até prevenido com as modificações de estilo de vida. O autor também leciona que as MEV associadas a uma terapia medicamentosa controlam a glicemia e reduzem o risco de complicações do DM,

¹² CGDF. Pedido de Informação n.º 00060000330201747, 2017.

ambos resultados intermediários, demonstrando a estreita relação entre os resultados intermediários e a complexidade do programa.

Do mesmo modo, o Protocolo de Atenção à Saúde Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde (2017f) tem como objetivo o controle da glicose com o apoio da MEV, considerada o ponto fundamental do tratamento.

Por sua vez, Mendes (2012) ressalta que, embora as MEV sejam uma decisão individual, esta pode ser apoiada pela EqSF capacitada, pois a mudança no comportamento das pessoas é uma tarefa complexa que exige conhecimento e habilidade dos profissionais, com uso de diferentes abordagens para auxiliar nas mudanças.

Diante desses resultados e a partir do conhecimento da cobertura dos pacientes diabéticos pela ESF e da inter-relação entre os resultados intermediários, fica evidente a necessidade de integrar os planos de tratamento ao controle da glicose, à instituição de MEV e à prevenção e o tratamento de complicações agudas e crônicas decorrentes do DM (BRASIL, 2013b). Ressalta-se que a redução da incidência de complicações agudas e crônicas também decorrem de um melhor acompanhamento das EqSFs e dos especialistas, quando necessário. Ainda, o pronto atendimento às urgências colabora para o controle da complicação aguda, contribuindo para o não agravamento da situação.

4.5 Resultados finais

O último componente do modelo lógico é o resultado final, que corresponde ao alcance do(s) objetivo(s) da política pública. Foram identificados, inicialmente, dois resultados finais: melhor qualidade de vida e redução da morbimortalidade causada pelo DM (BRASIL, 2013b). No entanto, no momento da validação, o comitê tradicional ressaltou a importância da inclusão de mais um resultado final, a “ampliação do acesso da população à Atenção Básica”, conforme trecho da validação a seguir:

Enquanto outros países estão tentando lidar com a qualidade do atendimento, nós ainda estamos discutindo o acesso, a cobertura. Ele (o acesso) vai estar em todas as políticas, então a gente ainda tem que cuidar para fazer o paciente chegar no lugar que tem que chegar (Especialista n.º 2).

Esse primeiro resultado final está em consonância com o disposto na Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece a organização do Sistema em rede como construção de vínculos, além de garantir o acesso equânime às ações e os serviços de saúde.

Assim, o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia que busca um aperfeiçoamento da organização, da qualidade e do impacto da atenção prestada. Além disso, a RAS compreende a AB como ponto de coordenação do cuidado em toda a rede. O Planifica e o CEDOH são exemplos de organização do sistema secundário em rede no DF que visam a diminuir a fila da atenção especializada, com um maior atendimento da população encaminhada pelas EqSFs na Atenção Básica. Para ampliar o acesso da população à AB, são essenciais a identificação e o cadastro da população com fatores de risco no território adscrito. Além disso, um maior acesso à AB também está diretamente relacionado a uma diminuição da morbimortalidade causada pelo DM.

Outro resultado final identificado é a melhor qualidade de vida que advém do controle da glicose, das mudanças de estilo de vida e da redução da incidência de complicações (BRASIL, 2013b). Todos esses resultados intermediários contribuem para que o diabético, devidamente compensado e com acompanhamento periódico da equipe de saúde, possa usufruir de uma rotina diária com mais qualidade de vida.

Destaca-se que o resultado melhor qualidade de vida está intrinsicamente associado à diminuição da morbimortalidade causada pelo DM, posto que não basta apenas reduzir a morbimortalidade causada pelo DM, deve-se também proporcionar uma melhor qualidade de vida ao diabético.

Por fim, o terceiro resultado final validado é a redução da morbimortalidade causada pelo DM (BRASIL, 2013b). Essa diminuição advém de todos os resultados intermediários e está relacionada aos outros dois resultados finais. Assim, verifica-se que a soma dos resultados intermediários resulta nos resultados finais, que efetivamente contribuem para a mudança da situação inicial do problema que o originou (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

No momento da validação pelo comitê tradicional, destacou-se a prevalência de morbimortalidade dos pacientes diabéticos relacionada às causas cardiovasculares. Ainda, ressaltou-se a importância do correto preenchimento da causa *mortis* para levantar informações fidedignas, conforme trecho da validação a seguir:

Quando você olha lá no sistema de internação hospitalar, morte por infarto, lá no terceiro item, no atestado de óbito (que tem três causas), vem dizendo que ele tem diabetes, mas a informação do diabetes tinha que vir em primeiro lugar, eu tenho que saber quantos diabéticos estão internando, eu tenho uma incidência baixíssima. Enquanto, eu tenho lá na cardiologia uma incidência altíssima, então relacionar essas duas informações é difícil, então culturalmente a gente tem uma dificuldade de informação (Especialista n.º 1).

Destaca-se que o modelo lógico representa uma intenção, mas não é a realidade, com foco nos resultados esperados, que são consequências dos produtos, das atividades, das ações e dos recursos. Além disso, o modelo não deve ser engessado, devendo manter-se flexível e dinâmico (MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999).

Por sua vez, Mclaughlin e Jordan (1999) lecionam que a construção do modelo lógico de um programa é o primeiro passo para a realização de uma avaliação. Assim, o modelo lógico é um meio, mas não um fim. Ele não pode ser confundido com a avaliação em si (ROCHA et al., 2016). No mesmo sentido, para a W. K. Kellogg Foundation (2001) e Cavalcanti et al. (2013), o modelo lógico pode aumentar consideravelmente a utilidade da avaliação como uma ferramenta de aprendizagem; de gestão, por explicitar a estratégia de forma prática e objetiva; e de comunicação para gestores e população em geral, devido à sua clara e didática visualização gráfica.

4.6 Fatores de Contexto

Com a pesquisa, identificou-se inicialmente três fatores favoráveis, que influenciam positivamente os resultados da política pública, e quatro desfavoráveis, que intervêm negativamente nos resultados.

Após a validação pelo comitê tradicional, todos os fatores, tanto os favoráveis como os desfavoráveis, foram mantidos.

Quadro 7 – Fatores relevantes de contexto.

FATORES DE CONTEXTO	
FAVORÁVEIS	DESFAVORÁVEIS
Conversão do modelo tradicional para o modelo de ESF na Atenção Básica no DF	Crise econômica no DF, com limitações orçamentária e financeira de recursos
Publicação de normativos e documentos relacionados ao DM e à AB em 2016 e 2017	Redução da quantidade de profissionais nas equipes de Saúde da Família
Organização da atenção secundária	Ausência de infraestrutura adequada e sistema informatizado implantado em todo o Distrito Federal
	Falta de exames, materiais, insumos e medicamentos na rede

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação aos contextos favoráveis, o primeiro identificado foi a instituição da conversão do modelo tradicional para a ESF na Atenção Básica. Historicamente, o DF tem uma baixa cobertura pela ESF, que é considerada a porta de entrada no SUS. Esse movimento de conversão foi inicialmente observado na Portaria n.º 2.488 GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que determinava a competência da SES/DF de inserir a ESF em sua rede de serviços

como estratégia prioritária de organização na atenção primária. Essa Portaria foi revogada pela Portaria n.º 2.436 GM/MS, de 26 de setembro de 2017, que manteve essa competência da SES/DF.

No mesmo sentido, o Plano de Saúde Distrital 2016/2019 instituiu como meta da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde a expansão e a qualificação da ESF nesses quatro anos (DISTRITO FEDERAL, 2016d).

Da mesma forma, o Conselho de Saúde do Distrito Federal, por meio da Resolução n.º 465, de 4 de outubro de 2016, resolveu garantir maior resolutividade à atenção primária por meio da conversão gradual das unidades básicas que estavam no modelo tradicional em ESF (DISTRITO FEDERAL, 2016c).

Diante desse contexto, em 2017, foram editadas duas portarias. A Portaria n.º 77, de 14 de fevereiro de 2014, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, e a Portaria n.º 78, de 14 de fevereiro de 2014, que disciplina o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da ESF.

Além dessas duas portarias, foram emitidos outros documentos em 2016 e 2017 que influenciaram o contexto de forma positiva. Por exemplo, a publicação da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: versão profissional – gestor, exercícios 2016/2017, o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Distrito Federal, publicado em abril de 2017, a Nota Técnica n.º 02/2017 – GCBAF/DIASF/CATES/SAIS/SES-DF, que regulamenta os Instrumentos para organização do Cuidado Farmacêutico nas Unidades Básicas de Saúde da SES/DF, e o Protocolo de Atenção à Saúde: Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde, aprovado em 2017.

Outro contexto favorável ao atendimento dos diabéticos pela ESF foi a organização da atenção secundária. Como exemplo, cita-se a implantação do Planifica e a criação do CEDOH, ambos em 2017. Conforme exposto nos resultados, verifica-se que, nos casos indicados, o acompanhamento pela atenção especializada de forma rápida é essencial para evitar o desenvolvimento de complicações crônicas e agudas e consequentemente reduzir a morbimortalidade causada pelo DM.

No que se refere aos contextos desfavoráveis, verificou-se que a crise econômica no Distrito Federal, com limitações orçamentária e financeira de recursos, influenciou tanto na aquisição de materiais, equipamentos e medicamentos como na contratação de profissionais em toda a SES/DF. Em especial, a baixa quantidade de profissionais nas EqSFs influencia negativamente no atendimento à população. Além disso, a questão judicial

relacionada aos Agentes Comunitários de Saúde impede a contratação, tanto por concurso como por terceirização, desses agentes, que são essenciais na identificação e no cadastro das pessoas. A redução dos profissionais nas equipes foi relatada no trecho da entrevista a seguir: “outra coisa que dificulta, é que não é sempre que a gente tem as equipes completas, às vezes falta RH, falta médico nas equipes, e falta enfermeiro, todos profissionais são importantes nesse processo” (Entrevistado n.º 3).

Outro contexto que influencia de forma negativa é a ausência de infraestrutura adequada e sistema informatizado implantado em todo o DF. Ressalta-se que, no DF, as unidades de atendimento das EqSF podem ser alugadas, cedidas ou próprias. Assim, há como fatores negativos tanto as condições precárias de infraestrutura desses locais como a ausência de ferramentas de TI, inclusive de conectividade, em toda a rede, fato já verificado em Relatório emitido pela CGDF em 2017 (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

4.7 Feedback

O Feedback apresentado no modelo lógico evidencia o monitoramento com o objetivo de verificar se os produtos e resultados foram atingidos e se há necessidade de alterações nas ações e atividades. Assim, com as mudanças necessárias, o processo se inicia novamente e novos feedbacks servirão de parâmetro para as ações e atividades.

O monitoramento é realizado principalmente pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal e pelos órgãos de controle, tanto internos como externos, que avaliam o desempenho dos programas do governo distrital. De acordo com o Portaria n.º 2.436 GM/MS, de 21 de setembro de 2017, o Distrito Federal é corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais transferidos para a Atenção Básica. Dessa forma, a retroalimentação do modelo é essencial para verificar se os recursos estão contribuindo para os resultados e, caso necessário, se há necessidade de ajustes.

Atualmente, tanto o monitoramento como a avaliação gerencial de metas, resultados e indicadores de gestão da ESF não são suficientes no Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2017a). Dessa forma, em tempos de crise econômico-financeira e com restrição orçamentária, os recursos devem ser melhor geridos e aplicados para atingir os resultados intermediários e finais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Com base nos parâmetros da construção do modelo lógico presentes na literatura, nas análises dos documentos que abordam tanto a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o tratamento do paciente diabético, nas entrevistas realizadas com os profissionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e na validação do modelo pelo comitê tradicional, buscou-se adquirir embasamento teórico suficiente para elaborar o modelo lógico da atenção ao Diabetes Mellitus (DM) realizada pelos profissionais da ESF na SES/DF.

O DM foi classificado pela OMS como uma epidemia, devido à sua prevalência mundial de 4,0%. Em valores absolutos, estima-se que a população mundial com DM seja em torno de 387 milhões, com projeção de 471 milhões em 2035 (MILECH et al., 2016). No Distrito Federal, estima-se que 7% da população acima de 18 anos residente no DF são portadores de DM¹³ (DISTRITO FEDERAL, 2017f). O aumento da prevalência de DM está associado a vários fatores: crescimento aliado ao envelhecimento da população; ampliação do processo de urbanização; aumento da obesidade e do sedentarismo; além do crescimento da expectativa de vida de pacientes com DM (MILECH et al., 2016).

Por sua vez, a porta de entrada do SUS é a ESF, que possui como áreas estratégicas a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do DM, a eliminação da desnutrição infantil e a promoção da saúde da criança, da mulher e do idoso, bem como da saúde bucal.

Dessa forma, devido à alta prevalência do DM e à complexidade do atendimento realizado na ESF, houve uma delimitação do estudo na atenção ao paciente diabético pelas equipes de Saúde da Família no âmbito do Distrito Federal. Além disso, o fortalecimento da ESF no Distrito Federal, em 2017, aliado à publicação de Protocolo de Atendimento ao Diabético e ao início da organização da atenção secundária na SES/DF favoreceram a escolha do estudo no âmbito do Distrito Federal.

Destaca-se que esse fortalecimento da ESF, com a conversão das unidades tradicionais em unidades de ESF, tende a promover o aumento da cobertura da população distrital pela ESF que, em dezembro de 2016, era de 29,23%, sendo a unidade federativa com a pior cobertura, bem abaixo da média nacional de 60,42%¹⁴.

Por sua vez, a aprovação do Protocolo de Atenção à Saúde Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde (DISTRITO FEDERAL,

¹³ CGDF. Pedido de Informação n.º 00060000330201747, 2017.

¹⁴ MS. Sala de Apoio à Gestão. <http://sage.saude.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2017.

2017f) e a organização da atenção secundária padronizaram o atendimento na rede, facilitando o diagnóstico, a estratificação e o encaminhamento do paciente aos especialistas, quando necessário. Além disso, a padronização do atendimento nas regiões auxiliará nas tomadas de decisões relacionadas à alocação de recursos humanos, de infraestrutura, tecnológicos, de materiais, de medicamentos, de insumos e de exames laboratoriais.

Nesse contexto de mudanças, a proposta de um sistema de avaliação para a atenção ao DM com base nas contribuições do modelo lógico é oportuna para o posterior desenvolvimento de indicadores que servirão de monitoramento e avaliação do atendimento ofertado aos diabéticos pela ESF no Distrito Federal. Ressalta-se que alguns indicadores já foram discutidos, de forma preliminar, nos resultados, sendo a elaboração dos indicadores uma agenda a ser desenvolvida em pesquisas futuras.

Quanto aos recursos, verificou-se a importância tanto dos provenientes do Ministério da Saúde, quanto os da SES/DF.

Em relação às ações, constatou-se que a capacitação dos profissionais é essencial para a adesão dos pacientes ao tratamento. Além disso, ficou evidente a importância da identificação e do cadastro, de preferência em sistema informatizado, que além de subsidiar o registro dos atendimentos no prontuário, também facilita a atualização da estratificação e a emissão de relatórios gerenciais. No mesmo sentido, Milech et al (2016) destacam que identificar os pacientes e estimar o número de pessoas com DM no futuro é essencial para um melhor planejamento e alocação de recursos para políticas públicas voltadas ao controle e o tratamento do DM. Constatou-se também que a implantação de sistemas de informação, com investimento em tecnologias, tornará o cadastro mais consistente, fidedigno, atualizado e útil à gestão das ações de saúde da SES/DF, sendo primordial para atingir os resultados intermediários e finais.

Outro ponto fundamental na atenção ao DM é a realização da estratificação, com base nos parâmetros definidos no Protocolo de Atenção à Saúde Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017f). Por sua vez, para uma correta estratificação, deve-se realizar anamnese detalhada, exame físico minucioso e exames laboratoriais, que eventualmente não estão disponíveis na rede, conforme relatos dos entrevistados. Uma estratificação atualizada auxilia na marcação e na periodicização das consultas de rotina, no fornecimento de medicamentos, materiais e insumos, na disponibilização de exames, no planejamento das atividades relacionadas à mudança de estilo de vida e nos encaminhamentos para a atenção especializada. No mesmo sentido, Maraschin et al. (2010) lecionam que se deve classificar e estratificar adequadamente

o DM para otimizar os recursos alocados e proporcionar o tratamento mais apropriado, com maior índice de sucesso de controle glicêmico.

Nos resultados apresentados, também ficou evidente a importância do tratamento não medicamentoso, em especial o autocuidado, que é um parâmetro importante para a estratificação do paciente, e das medidas preventivas e de promoção de saúde, com a realização de campanhas e incentivo aos grupos educativos.

Há casos em que mesmo com o tratamento não medicamentoso, é necessária a prescrição de medicamentos. Verificou-se que não basta apenas fornecer o medicamento, o material ou o insumo, é importante também orientar sobre a forma de administração, o armazenamento, a interação medicamentosa e os efeitos esperados e os adversos.

Do mesmo modo, apesar de serem acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família, alguns pacientes precisam de encaminhamento para atendimento especializado, que segundo relatos dos entrevistados possuía uma fila muito grande, com consequente demora no atendimento. O início do “Planifica” na rede e a criação do Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão como forma de organizar a atenção especializada têm como objetivos diminuir essas filas de espera, proporcionando atendimento àqueles pacientes que realmente necessitam de acompanhamento da atenção secundária.

Outra ação proposta no modelo lógico é a realização de atendimentos de urgência que visam a estabilizar o paciente, encaminhando apenas aqueles casos que necessitam de maior aparato hospitalar para atender o paciente. Esse primeiro atendimento prestado pelas Equipes de Saúde da Família também contribui para a diminuição da demanda nas emergências e nas internações hospitalares.

No que tange aos resultados intermediários e finais, constatou-se duas lacunas nos documentos analisados. A primeira relacionada ao resultado intermediário da identificação da cobertura de diabéticos pela ESF. Atualmente, a SES/DF não tem dados sobre a cobertura consolidados, há apenas uma estimativa de 7% da população acima de 18 anos residente¹⁵ no DF. Esse resultado intermediário está ligado a outra lacuna no resultado final, percebida pelo comitê tradicional no momento de validação, que é a ampliação do acesso da população à Atenção Básica. Assim, se há identificação e cadastro da população, há atendimento e posterior acompanhamento nas consultas de rotina. Uma vez identificada a cobertura dos diabéticos pela ESF, há uma ampliação do acesso dessa população à atenção básica e consequentemente há melhora na qualidade de vida dos diabéticos e uma diminuição da

¹⁵ CGDF. Pedido de Informação n.º 00060000330201747, 2017.

morbimortalidade causada pela doença. Assim, verifica-se que há algumas lacunas no modelo lógico do programa que indicam a necessidade de reformular a sua teoria para aumentar as chances de sucesso da política, ou seja, elas representam que alguns aspectos ou requisitos necessários à implementação da política não foram devidamente explicitados, dificultando, portanto, a indução efetiva de novas práticas.

Destaca-se que todos esses componentes são influenciados negativa e positivamente pelos fatores de contexto, que interferem desde a escolha dos cursos de capacitação até a compra, a distribuição e a dispensação de medicamentos, materiais e insumos, por exemplo.

Para superar os fatores de contexto negativos, recomenda-se que a SES/DF envide esforços em ações de capacitação profissional, bem como em infraestrutura física e tecnológica para que todas as ações e as atividades sejam desenvolvidas e conseqüentemente os resultados, tanto intermediários como finais, sejam alcançados.

Durante a pesquisa, especialmente nas entrevistas, ficou evidente a participação de vários atores e níveis de decisão na política. Os relatos dos servidores das regionais de saúde foram mais específicos para as ações e as atividades, ou seja, a parte operacional da política. Por sua vez, os discursos dos gestores da sede da SES/DF, que estão na coordenação central, foram sobre as diretrizes gerais da política pública.

Dessa forma, a elaboração do modelo lógico traz de forma mais clara os recursos, as ações, as atividades, os produtos e os resultados de médio e longo prazo, favorecendo a construção de indicadores para monitorar e avaliar a atenção ao DM realizada pela ESF (MENESES, 2007). Com isso, a atualização do presente modelo lógico poderá ser objeto de pesquisas futuras, dado o seu caráter flexível e dinâmico (MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999).

Assim, destaca-se que há muitos desafios, que podem ser objeto de pesquisas futuras, devido ao histórico da atenção à saúde no país, marcado por perspectivas do modelo médico assistencialista; ao contexto macroeconômico, com recursos escassos; ao aumento dos custos pela incorporação de tecnologia e à complexidade do perfil epidemiológico no país.

Como principais limitações metodológicas do presente estudo, destacam-se a ausência de informações acerca das dificuldades enfrentadas pelos usuários que não conseguem acessar a rede de saúde e a não realização de entrevistas e discussão do modelo lógico com os profissionais das equipes de saúde, que são os efetivos executores do programa. Por fim, os resultados permitiram a construção e a validação do modelo lógico do programa de DM do Distrito Federal. Essa ferramenta tem como principais contribuições sistematizar o programa e subsidiar a elaboração de indicadores para posterior avaliação e monitoramento,

além de auxiliar o planejamento das atividades e a alocação dos recursos, tornando a decisão mais técnica do que política e agregando transparência às ações da Administração Pública. Além disso, a avaliação baseada no Modelo Lógico auxilia na análise das condições de estrutura física, humana e operacionais indicando as alterações essenciais para a melhoria da qualidade da atenção do Diabetes Mellitus à população do Distrito Federal.

Diante de todo o exposto, conclui-se que tanto os objetivos específicos como o objetivo final foram atingidos com a proposição e validação do modelo lógico.

6 REFERÊNCIAS

ABBAD, G.S. et al. Modelos Lógicos em Avaliação de Sistemas Instrucionais: Dois Estudos de Caso. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, 12(2), mai./ago. 2012, p. 185-202.

AMORIM, A. C. C.; ARAÚJO, M. R. N. **Legislação Básica/ Saúde da Família**. Montes Claros: Unimontes, 1ª ed., 15p. 2004.

AMORIM, S.; BOULLOSA, R. F. O Estudo dos instrumentos de políticas públicas: uma agenda em aberto para experiências de migração de escala. **AOS - Amazônia, Organizações e Sustentabilidade**, v.2, n.1, jan./jun. 2013.

ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1998. p. 29-39.

_____. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira M.C.R.N., Carvalho M.C.B. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/ PUC; 2001. p. 43-56.

BALBIM, R. et al. **Metodologia de avaliação de resultados: o caso das intervenções do PAC** urbanização de favelas, Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

BARBOSA, A.S.; BOERY, R.N.S.O; FERRARI, M.R. Importância Atribuída ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), **Revista de Bioética y Derecho**, núm. 26, septiembre 2012, p. 31-43.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BEZERRA, L. C. de A.; CAZARIN, G.; ALVES C. K. de A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

BEZERRA, L.C. de A. et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política Participa SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):883-900, 2012.

BID. **Evaluación**: una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina de Evaluación (EVO), 1997. Disponível em: <<http://www.iadb.org/cont/evo/SPBook/lamatriz.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BOCCATO, V.R.C.; FUJITA, M.S.L. Estudos de avaliação quantitativa e qualitativa de linguagens documentárias: uma síntese bibliográfica. **Perspectivas em ciência da informação**, Belo Horizonte, v.11 n.2, p. 267-281, mai./ago. 2006.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**,7(3):401-412, 2002.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

_____. **Manual para elaboração de modelo lógico em programas do PPA**, Brasília: Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos/Ministério do Planejamento e Orçamento e Gestão, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool – PCATool Brasil**, 2010b. Disponível em: http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e Norma Operacional de Assistência à Saúde, de 26 de janeiro de 2001. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**, n. 116. Brasília, DF, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 97, de 6 de janeiro de 2017. Estabelece os prazos para o envio da produção da Atenção Básica para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jan. 2017a. Seção 1, p. 51.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006b. Seção 1, p. 71.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017c. Seção 1, p. 68.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 88.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 abr. 2014a. Seção 1, p. 50.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos**. 2002. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/geral/avaliacao_psf_sintese_grandescentros.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 30p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira - 2. ed., 1. reimpr.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 156 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, 2005. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica - Diretrizes e Orientações**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2006c. (Série Pactos pela Saúde 2006, v.4). 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: 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 2016**. Brasília: 2016a. Disponível em:
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf.>
Acesso em 10 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família - A implantação da Unidade de Saúde da Família:** caderno 1. Brasília: 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus,** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **O projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família.** Informe da atenção básica, Brasília. n. 17, 2003.

BUENO, V.L.R.C.; CORDONI JÚNIOR, L.; MESAS, A.E. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3069-3082, 2011.

CASSIOLATO, M. Modelo lógico e a teoria do programa: uma proposta para organizar avaliação. **Desafios do desenvolvimento**, ano 7, edição 63, 2010.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar Modelo lógico:** roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: IPEA, 2010.

CAVALCANTI, P.C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1297-1316, 2013.

CÉSAR, C.L.G.; TANAKA, O.Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. S59-S70, 1996.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOUPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. **Avaliação conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011a. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOUPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. **Avaliação conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011b. p. 61-74.

COHEN, C., “Por que pensar a bioética?”, **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 6, p. 471-481, 2008.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis, Vozes, 2004.

CONTRANDIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, cap. 2, p. 29-48.

COSENDY, M.A.E.. **Análise da implantação do programa de farmácia básica**: um estudo multicêntrico em cinco Estados do Brasil. Tese (Doutorado em Saúde Pública). ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

COSTA, J.M.B.S. **Avaliação Da Implantação Da Atenção à Hipertensão Arterial pelas Equipes de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

COTTA, T. C. Metodologia de avaliação de programas sociais: análise de resultados e de impactos. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 49, n. 2. p. 105-126, abr./jun. 1998.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. -3.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRONIN, P.; RYAN, F.; COUGLAN, M.. **Undertaking a literature review**: a step-by-step approach. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing). Jan. 2008.

CUNHA, C. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais**: tendências recentes e experiências no Brasil. Trabalho elaborado durante o curso “The Theory and Operation of a Modern National Economy”, ministrado na George Washington University, no âmbito do Programa Minerva, em 2006. Digitalizado.

DISTRITO FEDERAL. Lei n. 5.602, de 30 de dezembro de 2015. Dispõe sobre o Plano Plurianual do Distrito Federal para o quadriênio 2016-2019. **Diário Oficial [do] Distrito Federal**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2015, Seção 1, p. 1-220.

_____. Controladoria-Geral do Distrito Federal. Subsecretaria de Controle Interno. **Relatório sobre o cumprimento de diretrizes objetivos e metas do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e dos orçamentos, com avaliação dos resultados quanto à eficiência e eficácia da gestão governamental, por programa de governo.** Brasília, 2017a.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Brasília Saudável: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.** Documento de referência. Disponível em: http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf. Brasília, DF, 2016a, Acesso em: 14 set. 2017.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução n.º 465, de 04 de outubro de 2016. **Diário Oficial [do] Distrito Federal**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2016c, Seção 1, p. 8-9.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde: versão profissional – gestor**, publicada pela SES/DF para o exercício de 2016/2017, Brasília, 2016b, 236 p.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Relatório de Atividade Quadrimestral - RAQ 3º Quadrimestre/2016.** Disponível em: <<https://www.cl.df.gov.br/documents/5744484/937d1294-0642-41cf-bbdc-d24bfc2e8873>>. Brasília, fev., 2017b. 257 p. Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Portaria n.º 77, de 14 de fevereiro de 2014. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial [do] Distrito Federal**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15. Fev. 2017c. Seção 1, p. 4.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Portaria n.º 78, de 14 de fevereiro de 2014. Regulamenta o art. 51 da Portaria n.º 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial [do] Distrito Federal**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15. Fev. 2017d. Seção 1, p.7.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Distrito Federal.** Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/images/SVS/2017/PLANO_ENFRENTAMENTO_DCNT_DF_2017-2022.pdf>. Brasília, abr., 2017e, 50 p. Acesso em: 11 de setembro de 2017.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2016/2019**. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/plano-distrital-de-saude.html>>. Brasília, mar. 2016d, 184p. Acesso em: 20 de julho de setembro de 2017.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Protocolo de Atenção à Saúde: Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2017f, 98p.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Redes de Atenção à Saúde – Integração entre a Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada. **Oficina 4 – Organização da Atenção aos Eventos Agudos e às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2017g, 50p.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Redes de Atenção à Saúde – Integração entre a Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada. **Oficina 6 - A Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2017h, 44p.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Nota Técnica nº 02/2017** – GCBAF/DIASF/CATES/SAIS/SES-DF. Regulamenta os Instrumentos para organização do Cuidado Farmacêutico nas Unidades Básicas de Saúde da SES/DF. Jun. 2017i. 12p.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z. M. de A.; LEAL, M. do C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 269-280, set. 2012.

DONATELI, C.P. et al. Avaliação da Vigilância em Saúde na Zona da Mata Mineira, Brasil: das normas à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(10):3439-3455, 2017.

DRUMOND, A.; SILVEIRA, S.; SILVA, E. Predominância ou coexistência? Modelos de administração pública brasileira na Política Nacional de Habitação. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.48, n.1, p.3-25, 2014.

DYE, T.D. Understanding Public Policy. **Englewood Cliffs**, N.J.; Prentice hall, 1984.

EASTON, D. A Framework for Political Analysis. **Englewood Cliffs**, N.J.; Prentice hall, 1965.

ELIAS, F. T. S.; PATROCLO, M. A. de A. Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 215-227, mar. 2005.

ENGEL-COX, J. et al. Conceptual model of comprehensive research metrics for improved human health and environment. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2):519-531, 2009.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, mar. 2007.

EVERETT, S. The policy cycle: democratic process or rational paradigm revisited? **The Australian Journal of Public Administration**, Sydney, v. 2, n. 62, p. 65-70, 2003.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-110, out. 2005.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, set. 2004.

_____. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, set. 2006.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Como elaborar Modelo Lógico de programa: um roteiro básico**. Brasília: 2007.

_____. **Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo**, Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-13.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTENELLE, L.F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Florianópolis, jan./mar. 7(22): 5-9, 2012.

FONTENELE, R.M. et al. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, v. 41, N. Especial, Rio de Janeiro, mar. 2017, p. 167-179.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

FREY, K. **Políticas públicas**: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Ipea - Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, n. 21, p. 211-259, 2000.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I.C.K.O., “Comitês de ética em pesquisa: desafios na submissão e avaliação de projetos científicos”, **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.1, p. 145-147, 2010.

GOMES, M. B. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil: estudo multicêntrico nacional. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 136-144, fev. 2006.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210, mai./ago. 2006.

HARTZ, Z. M.A., VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, 2005. 275 p.

HEUFEMANN, N. E. C.; GONÇALVES, M. J. F.; GARNELO, M. L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. **Acta Amazonica**, Manaus, v. 43, n. 1, p. 33-42, mar. 2013.

ISER, B.P.M. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 24(2): 305-314, abr./jun. 2015.

JANNUZZI, P.M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, 56 (2): 137-160, abr./jun. 2005.

JANNUZZI, P. M. MIRANDA, W.L. Silva, D.S.G. Análise multicritério e tomada de decisão em políticas públicas: aspectos metodológicos, aplicativo operacional e aplicações. **Informática Pública**, ano 11 (1) 69 – 87, 2009.

KHANDER, S.R. et al. **Handbook on impact evaluation**. Quantitative methods and practices. Washington, DC: The World Bank, 2010. p. 3-4; 7-31. [*free on-line*].

LASWELL, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland: Meridian Books, 1936.

LARCHER, T. P. A.O. **Construção de um Modelo Lógico do Plano ABC (Agricultura de Baixa Emissão de Carbono) como uma Proposta de Avaliação**. Dissertação (Mestrado em Agronegócio) - Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

LEVITON, L.C. et al. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. **Annual Review of Public Health**, 31:213-233, 2010.

LINDBLOM, C.E. **The Science of Muddling Through**. [s.1] Public Administration Review, 1959.

LUCCHESI, P. Políticas públicas em saúde. **Espaço de Gestão**. São Paulo: BIREME, 2004. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2016.

MARASCHIN, J. F. et al. Classificação do diabetes melito. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 2, p. 40-46, ago. 2010.

MARCONI, M.A.M.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARIATH, A.B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 897-905, abr. 2007.

MARIN, et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373 p. Disponível em <http://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

MCLAUGHLIN, J.A.; JORDAN, G.B. Logic models: a tool for telling your program's performance story. **Evaluation and Program Planning**, v. 22, p. 65-72, fev. 1999.

_____. Using Logic Models. In: Wholey, J.S., Hatry, H.P., & Newcomer, K.E. **The Handbook of Practical Program Evaluation**. 2nd ed. San Francisco, pp. 7-32, 2004.

_____. Using Logic Models. In: Wholey, J.S., Hatry, H.P., & Newcomer, K.E. **The Handbook of Practical Program Evaluation**. 3rd ed, San Francisco, pp. 55-80, 2010.

MEDEIROS, P.F.P. et al. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 10 (Supl. 1): S209-S217 nov. 2010.

MEDINA M.G et al. Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/ Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ; 2005. p. 41-64.

MEDINA, M.G.; FERNANDES, A.S. Utilidade da avaliação para gestores de saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 101-116.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. 2^a ed. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS**, 2011. 549p.

MENDES, E.V. 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 - OPAS**, 2012. 512p.

MENESES, P. P. M. Treinamento e desempenho organizacional: contribuição dos modelos lógicos e do método quase-experimental para avaliações de ações educacionais. Porto Alegre: **Análise**, v. 18, nº 1, p. 180-199, 2007.

MENESES, P. P. M.; ABBAD, G. Proposta para Desenvolvimento de Modelos de Avaliação da Efetividade de Programas de Treinamento. Curitiba: **Revista da Administração Contemporânea – Eletrônica**, v. 3, n. 1, art. 6, abr.,p. 105-122, 2009.

MILECH, A. et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**, organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

MINAYO, M.C.S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n.3, p. 02-11, 2011.

NBR 31000:2009 - **Gestão de riscos — Princípios e diretrizes**.

ORTIGA, A.M.B. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 32(12):e00176714, 2016.

PEREIRA, P.M.H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

PESSOA, T.R.R.F.; NORO, L.R.A. Caminhos para a avaliação da formação em Odontologia: construção de modelo lógico e validação de critérios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(7):2277-2290, 2015.

RAMOS, M.; SCHABBACH, L. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 46(5), set./out., 2012, p. 1271-294.

REZENDE, L. M. e JANNUZZI, P. M. Monitoramento e Avaliação do PDE: IDEB e painel de indicadores. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 121-150, 2008.

ROCHA, et al. **Modelo lógico da transferência de tecnologia no contexto da avaliação de programas**. Planaltina, DF: Embrapa Cerrados, 2016.

ROVER, M.R.M. et al. Modelo Teórico e Lógico para avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.07, N°. 01, 2016, p. 191-10.

RUA, M. d. G. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: RUA, M. G; CARVALHO, M. I. V. (org.). **O estudo da política: tópicos selecionados**. Brasília: Paralelo 15, 1998. Coleção Relações Internacionais e Política.

_____. Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas. In: **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, Brasília: CAPES UAB, 2009, p. 108-119.

SARLET, I. W. Algumas Considerações em torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. In: **Revista Diálogo Jurídico**, Salvador, CAJ – Centro de Atualização Jurídica, n. 10, janeiro, 2002. Disponível em <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em 05.12.2016.

SCHMIDT, M.I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, No. 9781, p. 1949–1961, 4 Jun. 2011. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9). disponível em: http://www.idec.org.br/pdf/schmidtetal_lancet2011.pdf.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

_____. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SERRA, C. G. **Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no sus: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no estado do Rio de Janeiro**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

SILVA, G.S. et al. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 12 (4): 445-458, out./dez. 2012.

SILVA, P. L. B. (Coord.). **Modelo de avaliação de programas sociais prioritários**. Campinas: Nepp/Unicamp, 1999. (Relatório Final).

SIMÕES, A.A. **Curso Avaliação de Programas e Políticas Públicas**. Brasília, ENAP, 2016.

SIQUEIRA, A.F.A.; ALMEIDA-PITITTO, B. de; FERREIRA, S. R.G. Doença cardiovascular no diabetes mellitus: análise dos fatores de risco clássicos e não-clássicos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 257-267, mar. 2007.

SOUZA, C. **Políticas públicas**: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul./dez. 2006, p. 20-45.

SOUZA, L.E.P.F.; VIEIRA-DA-SILVA, L.G.; HARTZ, Z.M.A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L.G. **Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 65 – 102.

STARFIELD B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

TANAKA O.Y., MELO C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 121-136.

TREVISAN, A.P.; VAN BELLEN, H.M. **Avaliação de políticas públicas**: uma revisão teórica de um campo em construção. Rio de Janeiro 42(3):529-50, mai./jun., 2008.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

VALLE, A. M. The Mexican experience in monitoring and evaluation of public policies addressing social determinants of health. *Global Health Action*, 9, 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L.G. **Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 15-39.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, mar. 1994.

WEBSTER, J.; WATSON, R. T. **Analyzing the past to prepare for the future**: writing a literature review. *Mis Quarterly* (26:2) 2002.

W. K. KELLOGG FOUNDATION. **Using logic models to bring together planning, evaluation, & action**: Logic model development guide. Battle Creek (MI), 2001.

YOKOTA, R.T.C. Impact of chronic diseases on disability and health expectancies and the role of smoking. Tese (Doutorado em Sociologia). Brussels University Press, Bruxelas, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de consentimento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Modelo Lógico: Instrumento de Avaliação para a Estratégia de Saúde da Família”, de responsabilidade de Fabiana Garcia Shimabukuro Nova da Costa, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Faculdade de Planaltina da Universidade de Brasília (PPGP/FUP/UnB), como requisito para obtenção do título de mestre em Gestão Pública, com a orientação e supervisão da Prof^a. Dr^a. Maria Júlia Pantoja. O objetivo desta pesquisa é propor um modelo de avaliação para a Estratégia Saúde da Família (ESF) com base nas contribuições do modelo lógico de avaliação. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e asseguro-lhe que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados e materiais provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, áudios ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A sua participação será através de uma entrevista semiestruturada individual, em sala reservada no seu local de trabalho, na data previamente combinada. Não existe obrigatoriamente um tempo pré-determinado para responder às questões da entrevista, podendo ser interrompida a qualquer momento pelo(a) senhor(a). Será respeitado o tempo de cada um para respondê-las. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Espera-se com esta pesquisa que a sistematização da atenção ao Diabetes Mellitus pelo modelo lógico facilite a avaliação da política, com a posterior construção de indicadores, proporcionando uma melhora na qualidade do atendimento à população do Distrito Federal.

Informamos que, pela natureza da pesquisa, a participação não acarretará quaisquer custos, sendo sua participação voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 99223-1033 ou pelo e-mail fagarshi@gmail.com ou contatar minha orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Júlia Pantoja, na instituição Universidade de Brasília, telefone 3107-8094.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor _____ e na Instituição Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente.

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da UnB e da Secretaria de Saúde/DF. As informações ou as dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas por meio do telefone (61) 3325-4955 (SES/DF) e pelo e-mail cep_ih@unb.br (UnB).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento, eu, _____, ocupante do cargo de _____, autorizo a participação nesta pesquisa.

Brasília – DF, ____ de _____ de 2017.

NOME:

CARGO:

Fabiana Garcia Shimabukuro Nova da Costa
Pesquisador Responsável

APÊNDICE B: Roteiro da entrevista

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Sr. (a) (nome do entrevistado),

Esta pesquisa tem como objetivo propor um sistema de avaliação para as ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para diagnóstico e controle do Diabetes Mellitus com base nas contribuições do modelo lógico de avaliação e será realizada pela pesquisadora Fabiana Garcia Shimabukuro Nova da Costa, aluna do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Faculdade de Planaltina da Universidade de Brasília (PPGP/FUP/UnB), como requisito para obtenção do título de mestre em Gestão Pública, com a orientação e supervisão da Prof^ª. Dr^ª. Maria Júlia Pantoja.

Informamos que esta pesquisa está pautada nos preceitos éticos, em que sua participação será absolutamente sigilosa, não contendo seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo na dissertação ou em qualquer publicação posterior. Devido à natureza da pesquisa, a sua participação não acarretará em quaisquer custos para sua pessoa.

Como forma exclusiva de registro das informações, solicito autorização para gravar a entrevista, sendo assegurado sigilo da identificação das respostas. Qualquer dúvida poderá entrar em contato pelos telefones e e-mail informados.

Desde já agradecemos sua participação, ao mesmo tempo em que reforçamos a importância desta pesquisa para a construção do conhecimento sobre o assunto.

- 1) Qual o objetivo da atenção ao Diabetes Mellitus dentro da ESF?
- 2) Quais são as metas da atenção ao Diabetes Mellitus na ESF?
- 3) Qual o público-alvo da atenção ao Diabetes Mellitus na ESF?
- 4) Quais são as ações que compõem a atenção ao Diabetes Mellitus na ESF?
- 5) Como está organizado a coordenação dessas ações?
- 6) Quais são os principais atores envolvidos com a ESF (servidores, comunidade...)?
- 7) Qual o perfil dos gestores da ESF (político e/ou técnico)?
- 8) Como ocorre o processo de decisão sobre as diretrizes, as ações e os recursos relacionados à atenção ao Diabetes Mellitus pela ESF?
- 9) Quais fatores afetam, positiva e negativamente, o desempenho da atenção ao Diabetes Mellitus dentro da Estratégia Saúde da Família?
- 10) Há práticas regulares de planejamento para distribuição da territorialização e para as ações das equipes?

- 11) Como é realizada a identificação dos pacientes diabéticos (os agentes comunitários fazem visitas domiciliares, demanda espontânea ou campanhas)? Como é feito o diagnóstico do Diabetes Mellitus (clínico, laboratorial, relato)?
- 12) Como é realizado o cadastramento desses pacientes (sistema de informação, livro de registro, prontuário)?
- 13) Como é marcada a 1ª consulta (já estipulada na identificação, ou sob demanda espontânea)?
- 14) Como é realizada a estratificação dos riscos dos pacientes diabéticos?
- 15) Há campanhas educativas/grupos de diabéticos? Como são realizadas?
- 16) Há orientação para uma alimentação saudável? Como é realizada?
- 17) Há incentivo a prática de atividade física? Como é realizada?
- 18) Há ações voltadas para o cuidado do pé do diabético? Como são realizadas?
- 19) Há ações voltadas para o estímulo ao autocuidado? Como são realizadas?
- 20) Há ações voltadas para a diminuição do tabagismo? Como são realizadas?
- 21) Há ações voltadas para a diminuição do consumo de álcool? Como são realizadas?
- 22) Há incentivos, estímulos e cursos de atualização para os profissionais das equipes da ESF?
- 23) Há diretrizes expressas a serem seguidas pelas equipes de SF (protocolos, manuais) ?
- 24) Como é a acessibilidade das equipes da ESF?
- 25) Há fornecimento de medicamentos e insumos para o controle do diabetes? Como é feito esse fornecimento?
- 26) Há um controle dos pacientes ausentes? Se sim, há busca sistemática?
- 27) Como é feita a monitorização dos níveis de glicose do paciente?
- 28) As equipes da ESF realizam o 1º atendimento de urgência em caso de complicações dos pacientes diabéticos (infecção em feridas, hipoglicemia, descompensação glicêmica)?
- 29) Como é realizado o encaminhamento dos casos mais graves para postos e/ou hospitais regionais? Como é realizado o encaminhamento para a atenção especializada?

Muito obrigada pela sua participação e colaboração.

ANEXOS

ANEXO I - Ficha de avaliação e rastreamento de dor neuropática, perda da sensibilidade protetora e doença arterial periférica para a atenção básica.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DIRETORIA DE ÁREAS ESTRATÉGICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
ÁREA TÉCNICA DE DIABETES DA GERÊNCIA DE CICLOS DE VIDA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - DF



Avaliação e Rastreamento de Dor Neuropática, Perda da Sensibilidade Protetora e Doença Arterial Periférica para a Atenção Básica

Nome: _____ SES: _____

Idade: Diabetes Tipo 1 Diabetes Tipo 2 Telefone: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DA DOR NEUROPÁTICA – CARACTERÍSTICAS DOS SINTOMAS NEUROPÁTICOS:

Em relação às pernas e pés (assinale o achado - três itens em negrito positivos já indicam dor moderada):

Você sente com maior frequência: <input type="checkbox"/> Queimação, dormência ou formigamento OU <input type="checkbox"/> Fadiga, câimbras ou dor (facada, pontada, lancinante)
O local do sintoma é: <input type="checkbox"/> Nos pés e ou pernas <input type="checkbox"/> Outro local
O sintoma: <input type="checkbox"/> Surge ou piora à noite <input type="checkbox"/> Surge durante o dia e à noite <input type="checkbox"/> Apenas durante o dia
<input type="checkbox"/> Já acordou pelo sintoma à noite: Sim.
O que alivia o sintoma: <input type="checkbox"/> Ao caminhar <input type="checkbox"/> Ao repousar <input type="checkbox"/> Outra condição / situação

2. AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DO SINTOMA NEUROPÁTICO. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA):

Sem dor – 0 mm Pior dor possível – 100 mm

Mensuração: mm Intensidade (assinale): Leve < 40 mm Moderada ≥ 40-69 mm Grave ≥ 70 mm

Nota: Intervenção terapêutica a partir de 40 mm: Amitríptilina 25 mg (dose média 75 mg/dose máxima 150 mg); Gabapentina 300 mg (dose mínima diária 900 mg / dose média 1.800 mg / dose máxima 3.600 mg); Duloxetina 30 e 60 mg (dose mínima diária 60 mg, máxima 120 mg). A titulação da dose recomendada é de aumento gradual a cada 5-7 dias.

3. INSPEÇÃO DOS PÉS (assinale o achado positivo ou negativo):

Achado Clínico	SIM	NAO
Vasos dilatados dorsais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pele seca, rachaduras, fissuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cor da pele normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micose interdigital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micose ungueal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pêlos presentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calosidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calçados adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. DEFORMIDADES (assinale):

Pé Neuropático Típico (Cavus)	Pé de Charcot	Valgismo	Dedos em Garra
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			

5. LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR (SINAL DA PRECE): Sim Não

6. PERDA DA SENSIBILIDADE PROTETORA (PSP):

Monofilamento (qualquer área de teste insensível) Sensibilidade vibratória diminuída ou ausente <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E Sensibilidade dolorosa diminuída ou ausente <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E Sensibilidade ao frio diminuída ou ausente <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E Reflexos aquileus diminuídos ou ausentes <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Áreas de testes: 1°, 3°, 5° metatarsos e halux bilateralmente	
PSP: Monofilamento alterado + 01 ou mais teste anormal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

7. DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA (DAP): PALPAÇÃO DE PULSOS*

Pé direito: Pulso arterial pedioso presente diminuído ou ausente
 Pulso arterial tibial posterior presente diminuído ou ausente

Pé esquerdo: Pulso arterial pedioso presente diminuído ou ausente
 Pulso arterial tibial posterior presente diminuído ou ausente

ITB*	Pressão Sistólica A. Tibial Posterior	Pressão Sistólica A. Pediosa	Pressão Sistólica A. Braquial
Direita			
Esquerda			

* **ÍNDICE TORNOZELO-BRAÇO:** Pressão Sistólica Máxima MMII ÷ Pressão Sistólica Braquial Máxima (normal 0.9 – 1.30)

MMII		=		DAP: ITB < 0.9 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
MMSS			Resultado	

8. AMPUTAÇÃO:
 Não Sim

<input type="checkbox"/> Maior (acima do tornozelo)
<input type="checkbox"/> Menor (abaixo do tornozelo)

9. ÚLCERA PRÉVIA Sim Não **10. ÚLCERA ATIVA** Não Sim

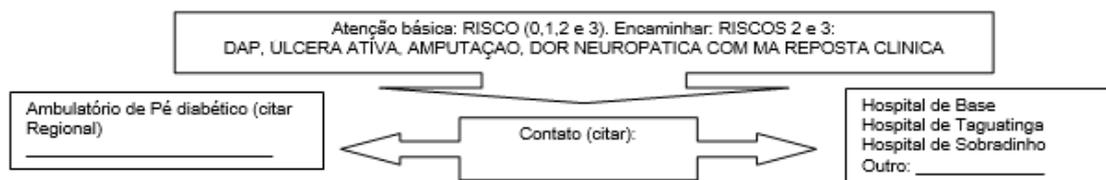
11. Classificação:

Neuropática (PSP ± deformidades)
 Isquêmica (DAP presente)
 Neuroisquêmica

12. CLASSIFICAÇÃO DO RISCO E SEGUIMENTO – INDIQUE O RISCO:

Risco	Situação Clínica	Recomendação de tratamento	Seguimento
0	Neuropatia ausente (sem PSP)	Educação, calçados apropriados.	Anual com médico/enfermeiro da AB
1	Neuropatia presente com ou sem deformidades	Educação e prescrição de calçados.	A Cada 3-6 meses com médico/enfermeiro da AB
2	Doença arterial periférica com ou sem neuropatia presente	Prescrição de calçados.	A cada 2-3 meses com médico/enfermeiro da AB. Avaliar necessidade de encaminhamento para equipe especializada
3	História de úlcera e/ou amputação	Educação, calçados apropriados.	A cada 1-2 meses com médico/enfermeiro da AB e encaminhar para equipe especializada.

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA DE NEUROPATIA E PÉ DIABÉTICO



Médico/Enfermeiro Responsável: _____
 (nome e carimbo)

Unidade de Saúde: _____ **Data da avaliação:** --

Formulário confeccionado com base no Termo de Cooperação Técnico-Científico assinado entre a SBD-DF e SES-DF, em 21 de junho de 2012. Editado pela área técnica da DM da GCV/DAEAP/COAPS/SAIS/SES-DF em setembro de 2016

ANEXO II – Ficha para encaminhamento de órtese e próteses.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DIRETORIA DE ÁREAS ESTRATÉGICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
GERÊNCIA DE CICLOS DE VIDA

FORMULARIO DE ENCAMINHAMENTO PARA OFICINA DE ORTESE E PROTESE

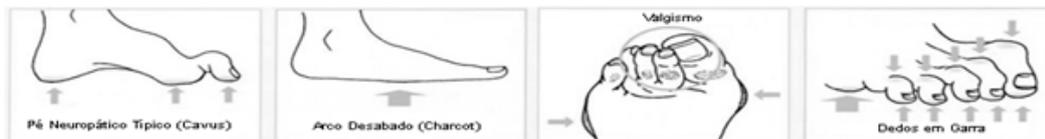
Nome: _____

SES: _____ SUS: _____ Idade: Diabetes Tipo 1 Tipo 2 Telefone: - - - Ano de diagnóstico:

1. PERDA DA SENSIBILIDADE PROTETORA (PSP):

PSP: Monofilamento Ausente + 01 teste anormal  PSP: Sim Não

2. DEFORMIDADES (assinale):

 Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não

3. DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA (DAP) - * ÍNDICE TORNOZELO-BRAÇO:

DAP: ITB < 0.9 DAP: Sim Não

4. AVALIAÇÃO DE INDICAÇÃO DE ÓRTESE OU CALÇADOS. UMA CLÍNICA DEVE SER POSITIVA:

Situação de Critérios Positivos (Avaliar os Critérios)	Assinalar (X)
1. PSP ± DEFORMIDADE	
2. PSP ± DAP	
3. PSP + DEFORMIDADE + DAP	
4. AMPUTAÇÃO E OU ÚLCERA PREVIA	
5. ÚLCERA ATIVA	
6. PÉ DE CHARCOT	

5. RECOMENDAÇÕES:

 Palmilha Sandália de descarga ante-pé Sandália de descarga retro-pé Bota RoboFoot Calçado especial Andador Muletas Cadeira de rodas

Médico/Enfermeiro Responsável: _____

(nome e carimbo)

Regional de Saúde: _____

Data da avaliação: - - Estação do Metrô da 114 sul.
Oficina de Ortese e Prótese

Documentos: RG, CPF, Comprovante de Residência e Cartão do SUS (o cartão pode ser feito no local, caso ainda indisponível).