

Projeto QualiDia: educação em saúde para o autocuidado e avaliação contínua da qualidade da atenção ao diabetes no Brasil

QualiDia Project: health education for self-management and quality continue evaluation of diabetes care in Brazil

Rosa Maria Sampaio Vila-Nova de Carvalho¹, Sonia Maria Dantas de Souza¹, Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners²

Palavras-chave:

Diabetes mellitus, gestão de saúde, linhas de cuidado, modelo de cuidado de crônicos, doenças crônicas, projeto qualidia

Resumo

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média rendas. O Brasil passa por uma rápida transição demográfica e epidemiológica com o envelhecimento da população e predomínio de doenças crônicas. A alta prevalência de morbidade e mortalidade associadas à diabetes e suas complicações tem um impacto significativo para o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para a gestão municipal de saúde. O SUS possui um conjunto amplo de ações e serviços que possibilitam a atenção integral de prevenção e controle do diabetes, que devem ser reorganizados e articulados dentro de uma nova proposta de modelo de atenção à saúde. Existe, entretanto, a necessidade de evidência de viabilidade e exequibilidade do novo modelo para o SUS. Experiências internacionais exitosas na gestão do cuidado às condições crônicas - em especial ao diabetes - devem ser norteadoras para que o país desenvolva propostas adaptadas às condições e à realidade brasileira, de forma a contribuir com a reformulação de programas e políticas nacionais existentes visando o enfrentamento das DCNT no SUS. Relata-se neste trabalho a elaboração de projeto piloto denominado de QualiDia, que tem como objetivo fortalecer e expandir as ações do SUS voltadas à educação em saúde para o autocuidado, mobilização comunitária, avaliação contínua e implementação da melhoria da qualidade da gestão do cuidado em diabetes. O Projeto QualiDia utilizou a metodologia de marco lógico a partir da qual se estabeleceram quatro resultados esperados. Dez municípios brasileiros foram selecionados por conveniência, a partir de critérios de inclusão determinados, para participar como áreas de demonstração. Para a estrutura do projeto, que terá a duração de dezesseis meses, estabeleceu-se um cronograma de atividades para sua execução. Os municípios selecionados aceitaram participar das atividades e assinaram Termos de Compromisso com a coordenação do projeto. Um diagnóstico de situação da atenção de saúde às pessoas com diabetes foi elaborado para cada município. Espera-se que este projeto traga como resultados ferramentas que possam apoiar as autoridades sanitárias nacionais, estaduais e locais na formulação de estratégias e execução de ações integradas para a atenção de DCNT.

Abstract

The Chronic Non-Communicable Diseases (CNCDs) are a global health problem and a threat to health and human development, with the burden of these diseases mainly in low and middle-income countries. Brazil is going through a rapid demographic and epidemiological transition with an aging population and the prevalence of chronic diseases. The high prevalence of morbidity and mortality associated with diabetes and its complications have a significant impact on the Unified Health System (SUS), especially for municipal healthcare management. The SUS has a wide range of activities and services that enables a comprehensive care for diabetes prevention and control, which must be reorganized and articulated in a new healthcare model. It is necessary, however, to have evidence of

Keywords:

Diabetes, health management, line of care, chronic care model, chronic diseases, qualidia project

1. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília/DF; 2. Curso de Farmácia, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília – Brasília, DF

Nome da instituição onde o trabalho foi executado: Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil

Fontes de financiamento: o projeto QualiDia é desenvolvido por meio de acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Fundação Médica do Rio Grande do Sul e por recursos provenientes de doação da Empresa Sanofi-Aventis no marco de ações desenvolvidas pela celebração do Ano da França no Brasil.

Endereço para correspondência: Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners, SMLN ML Trecho 2 Condomínio, Privê 1 Quadra 3 Conj C Casa 20, Lago Norte – Brasília/DF – 71540-020 – Telefone/fax: 61-32029921 – michelinemeiners@gmail.com ou mmeiners@unb.br

feasibility and practicality of this new model for SUS. Successful international experiences in chronic care management - diabetes in particular - should be guiding the country to develop proposals adapted to the Brazilian reality, in order to contribute to the redesign of existing national programs and policies on CNCDs in SUS. It is reported in this paper the development of a pilot project called QualiDia, designed to strengthen and expand the actions of SUS concerning self-care education, advocacy, community mobilization, continuous assessment and improvement of diabetes care management. The project used logical framework methodology from which four expected outcomes were settled. A convenience sample of ten municipalities was selected, based on certain inclusion criteria to participate as demonstration areas. For the structure of the project, which will last for sixteen months, an activities schedule was established for its implementation. The selected municipalities agreed to participate in these activities and signed Terms of Agreements with the coordination of the project. A diagnosis of the health care situation for people with diabetes has been prepared for each municipality. It is expected this project could bring, as a result, tools that can support national, state and local health authorities, in the formulation of strategies and the implementation of integrated actions on CNCDs care.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, pois atingiram proporções epidêmicas e têm afetado pessoas de todas as classes, idades e nacionalidades (Daar, *et al.*, 2007). A prevalência e a carga dessas doenças têm aumentado de forma exponencial, recaindo de forma nefasta sobre países de baixa e média rendas, uma vez que estes países enfrentam uma dupla carga de doenças – transmissíveis e não transmissíveis – o que polariza e esgota os escassos recursos de saúde (Yacht, *et al.*, 2004).

No Brasil, as DCNT representam 72% dos óbitos, o que expressos em números absolutos representam mais de 742 mil mortes por ano (Brasil, 2009). No mundo, estima-se que 63% das mortes ocorrem como consequência de uma DCNT e um terço delas atinge prematuramente pessoas com menos de 60 anos de idade (WHO, 2011).

O diabetes é uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo. A maior parte das 366 milhões de pessoas que se estima que vivem com diabetes no mundo em 2011 encontra-se em países de baixa e média rendas - mais de 80%. Destas, aproximadamente 25 milhões estão na América Latina (IDF, 2011).

O envelhecimento da população e fatores de risco resultantes de mudança de estilo de vida - como o aumento do sobrepeso, obesidade e sedentarismo observados nos últimos anos - estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente. Estudo feito pela OMS mostra que os custos de atenção ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de saúde, enquanto que os custos de capacidade laborativa e produção, perdidos, podem exceder em até cinco vezes os custos diretos de atenção à saúde (WHO, 2003; Unwin, 2010).

No Brasil o diabetes como causa básica de morte aumentou em 11% entre 1996 e 2000; quando definida como qualquer menção na certidão de óbito, a mortalidade associada ao diabetes au-

mentou 8% de 2000 a 2007. Em 2008 representou 26,2% do total das causas específicas de óbitos (23,2% em homens e 29,1% em mulheres) (Schmidt *et al.*, 2009). A mortalidade padronizada por idade e gênero em indivíduos com diabetes foi 57% mais alta que na população em geral. A carga de diabetes também pode ser julgada pelo fato de que 7,4% de todas as hospitalizações não relacionadas a gestações e 9,3% de todos os custos hospitalares no período 1999-2001 puderam ser atribuídos ao diabetes (Theme-Filha, 2003; Schmidt, *et al.*, 2011).

Desde 2006 o Ministério da Saúde vem realizando a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico - VIGITEL. Esse sistema monitora de forma continuada e aleatória a frequência e distribuição desses fatores nas capitais brasileiras e no Distrito Federal por meio de entrevistas telefônicas à população adulta residente em domicílios servidos por linhas de telefonia fixa. Em 2010, o VIGITEL apontava para uma prevalência de diabetes auto-referido de 6,3 % para população igual ou maior 18 anos o que representa, em números absolutos, cerca de 8.300.000 pessoas com diabetes auto-referidos no Brasil em 2010 (Brasil, 2011a).

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM estabelece a necessidade de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, de suas famílias e comunidades, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. O sistema público de saúde brasileiro - o SUS - possui um conjunto amplo e abrangente de ações e serviços que possibilitam a atenção integral de prevenção e controle do diabetes (Brasil, 2005; Brasil, 2010a).

O Ministério da Saúde tem priorizado o diabetes utilizando o conhecimento e evidências científicas atualmente existentes e vem desenvolvendo ações integradas para prevenção e o cuidado dos portadores de diabetes e hipertensão, utilizando a estratégia de Saúde da Família como porta de entrada da atenção primária (Brasil, 2006a; Brasil, 2011b). Essas ações são desenvolvidas, sobretudo nesse nível de

atenção, onde as ações de caráter comunitário apresentam maior possibilidade de serem mais eficazes. Em abril de 2011 existiam 31.900 equipes de Saúde da Família no país e 246.100 agentes comunitários de saúde, que cobrem cerca 120 milhões de pessoas em todas as regiões do país (Brasil, 2011c). Ademais, o governo brasileiro tem investido em ampla cobertura gratuita de medicamentos e insumos para o diabetes no elenco dos chamados medicamentos essenciais (Brasil, 2007; Brasil 2010b, Brasil, 2011d).

O modelo de gestão para as DCNT que vem sendo adotado mundialmente e que foi validado por vários países é o Modelo de Cuidados de Doenças Crônicas (MCC) (Wagner, 1998; Wagner *et al.*, 2001). Esse modelo faz uma abordagem organizacional para cuidar de pessoas com doença crônica, identificando elementos essenciais de um sistema de saúde, para incentivar a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de doenças crônicas: a comunidade, a organização do sistema de saúde; o apoio ao autocuidado; o desenho da linha de cuidado, o apoio à decisão clínica e o sistema de informação clínica (Wagner, 1998; Wagner *et al.*, 2001). Nesse modelo identificaram-se as diversas ações de prevenção e cuidado ao diabetes e hipertensão que têm sido desenvolvidas no SUS (Brasil, 2006b; Brasil, 2006c).

Dessa forma, no final de 2009 foi proposta ao Brasil a elaboração de um projeto com a finalidade de fortalecer e expandir as ações do SUS para educação em saúde para o autocuidado, mobilização comunitária, avaliação contínua e implementação da melhoria da qualidade da gestão do cuidado em diabetes, por meio de doação recebida pelo Governo Federal - no marco das parcerias estabelecidas no Ano da França no Brasil - feita pela empresa Sanofi Aventis (Brasil, 2010c).

Métodos

Foi desenhado e estruturado um projeto utilizando-se a metodologia de marco lógico visando revisar e expandir a "Estratégia para a educação em saúde para o autocuidado em diabetes", testar e validar o MCC no Brasil, disseminar o Sistema de Informação em Saúde para Hipertensão e Diabetes (SIS-HiperDia) (Brasil, 2011e) e revisar as linhas-guia do Ministério da Saúde relacionadas ao diabetes e buscar validar método que ampliasse acesso a diagnóstico e monitoramento em "point-of-care".

Os dez municípios participantes do projeto foram selecionados por conveniência e obedeceram a critérios de inclusão estabelecidos pelo comitê executivo, que foram: 1) pertencer à região metropolitana; 2) liderança municipal com prioridade para hipertensão e diabetes; 3) inserção de diabetes no Plano Municipal de Saúde; 4) cobertura da estratégia de saúde da família de mais de 65% na área de implementação; e 4) assinatura do Termo de Compromisso pelo gestor municipal juntamente com o Ministério da Saúde. Priorizou-se ainda ser uma região metropolita-

na da região Nordeste, Sudeste e do Sul. Em cada região metropolitana selecionada, escolheram-se municípios com portes populacionais distintos (pequeno porte - até 50 mil habitantes, médio porte - até 100 mil habitantes e grande porte - acima de 100 mil habitantes) (Brasil, 2009b).

Os municípios participantes atuarão como áreas de demonstração para as ações de organização e fortalecimento da linha de cuidado de diabetes e hipertensão, tendo como marcos conceituais as Redes de Atenção à saúde - RAS (Portarias MS Nº. 4279 de 30/12/2010 e o Decreto nº 7.508, junho de 2011) (Brasil, 2010d; Brasil, 2011f), o PMAQ (Portaria MS Nº. 1654 de 19/07/2011) (Brasil, 2011g), o Modelo de Cuidados Crônicos (MCC) desenvolvido por Wagner e colaboradores (Wagner, 1998; Wagner *et al.*, 2001) e a metodologia de ciclos contínuos de melhoria de qualidade - PDSA/PFEA (Planejar, Fazer, Estudar e Agir) utilizado pelo Institute for Health Improvement (IHI) dos Estados Unidos (IHI, 2011).

Resultados

Através da metodologia do marco lógico foram elaborados quatro resultados esperados, com indicadores, fontes de verificação e atividades, como pode ser observado na Tabela 1. O propósito do projeto QualiDia é fortalecer e expandir nos municípios selecionados como áreas de demonstração, as ações que vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para a atenção ao diabetes e a hipertensão: o autocuidado, "advocacy", mobilização comunitária, avaliação contínua e implementação da melhoria da gestão do cuidado em diabetes, a partir da organização de um novo modelo assistencial para o sistema de saúde. Para as ações desenvolvidas se estimulará a cooperação técnica e o compartilhamento de experiências entre estados, municípios, serviços e profissionais de saúde, especialmente da atenção primária, visando a melhoria contínua da qualidade das ações para a linha de cuidado de pessoas com diabetes.

Assim, como pode ser observado na Tabela 1, se espera como resultados alcançar o fortalecimento e expansão da educação em saúde para o autocuidado em diabetes para os usuários, como previsto na Lei Federal nº 11.347, de 2006 e a Portaria Ministerial nº 2.583, de 2007 (Brasil, 2006a; Brasil, 2007); melhoria da capacidade técnica municipal e estadual para a gestão da linha de cuidado do diabetes e hipertensão a partir da assimilação do MCC e da metodologia dos ciclos contínuos de melhoria da qualidade; disseminação da necessidade do monitoramento e avaliação contínua da qualidade da atenção que é prestada pela equipe de saúde nas unidades e demais serviços da RAS por meio de um sistema de informação para favorecer à gestão clínica como o SIS-HiperDia ou outro existente no município (por exemplo: prontuário eletrônico) e o estabelecimento e revisão, com base na evidência científica, de padrões de qualidade e de linhas-guia para a atenção ao diabetes e prevenção de suas complicações no SUS.

A estrutura operacional que foi desenvolvida para a implementação do projeto pode ser observada na Tabela 2. Um cronograma que foi elaborado para o desenvolvimento dos 16 meses de atividades e um fluxograma foi esquematizado para o resultado esperado 2 (RE2), como pode ser observado na Figura 1. Para a implementação do projeto foi necessário estruturar grupos assessores nacionais e locais com a função de, no menor prazo possível, implementar as atividades de forma simultânea nos municípios participantes.

Os dez municípios que foram selecionados e aceitaram participar do projeto e assinaram o Termo de Compromisso foram Florianópolis, Tijucas e Antônio Carlos em Santa Catarina; Rio Bonito, Silva Jardim e Rio de Janeiro no estado do Rio; Ilha de Itamaracá, São Lourenço da Mata e Recife em Pernambuco e o município de Anchieta no Espírito Santo por ter outra experiência já em curso. As características demográficas, a cobertura e número de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e prevalência estimada de hipertensão arterial e diabetes mellitus desses municípios podem ser observados na Tabela 3.

Discussão

A crescente epidemia de DCNT vem exigindo estudos e pesquisas que apontem respostas integradas de prevenção e controle; diversas publicações e documentos oficiais apontam para duas grandes abordagens integradas e complementares: abordagem populacional com foco na prevenção dos fatores de risco principais e abordagem nos serviços de

saúde, sobretudo na Atenção Primária com foco na comunidade e no indivíduo (Paim, 2001; Schramm, 2004; Schmidt *et al.*, 2011). Uma nova estrutura para os sistemas de saúde vem sendo apontada como uma necessidade para o enfrentamento do novo perfil epidemiológico mundial estabelecido (European Observatory on Health Systems and Policies, 2004; IHS, 2008). Diferente dos pacientes com situações de saúde ou enfermidades agudas, a natureza de longo prazo de muitas DCNT exige uma resposta do sistema de saúde abrangente e diferenciada, que permita o tratamento integral de sua condição e das comorbidades ou complicações associadas (IOM, 2001; Brasil, 2010d; Samb *et al.*, 2010).

Assim, a organização do sistema de saúde deve garantir uma rede de atenção estruturada, com linhas de cuidado e protocolos clínicos estabelecidos, sistema de informação para a gestão clínica que permita o monitoramento e a retroalimentação dos serviços prestados e desenvolvimento de autonomia e autocuidado apoiado para usuários. O acesso aos serviços e produtos de saúde, a adesão ao tratamento e a qualidade da atenção sanitária são considerados fatores primários para alcançar resultados adequados no cuidado às pessoas com DCNT que necessitam e dependem de políticas de saúde abrangentes e integradas (Wagner, 1998; Wagner *et al.*, 2001; OMS, 2003; Mendes, 2009).

A prática médica tradicional e a gestão dos serviços de saúde estão organizadas para responder a problemas do paciente agudo, mas não atendem adequadamente às necessidades das pessoas com doenças crônicas, como diabetes

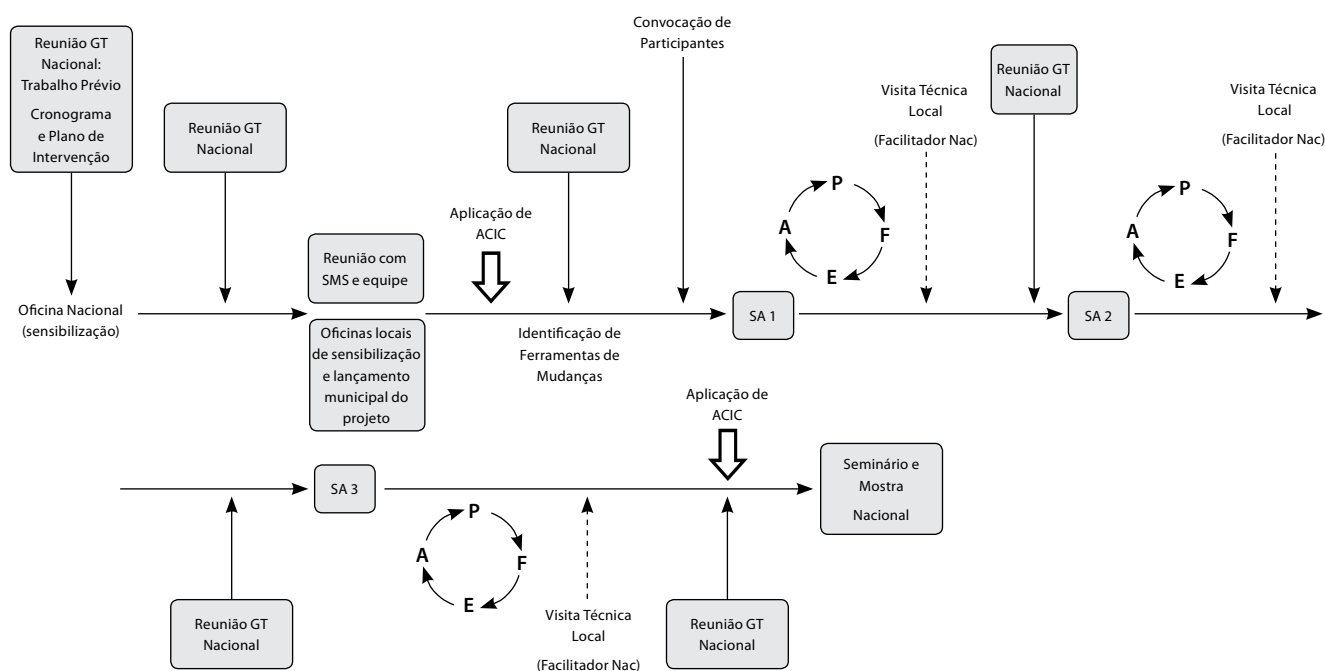


Figura 1 - CRONOGRAMA DO PROJETO QUALIDIA (RE: Baseado na Serie Inovadora para os Cuidados de Condições Crônicas (Breakthrough Series – BTS, IHI/EUA) – março/2010 a junho/2011.

(Ayanian *et al.*, 1994). De fato, no Medical Outcomes Study, que comparou o tratamento ambulatorial do diabetes tipo 2 e hipertensão por médicos de família, internistas gerais e especialistas, poucas diferenças significativas foram observadas (Greenfield *et al.*, 1995). Pode-se argumentar que a principal conclusão da pesquisa foi que a gestão dessas doenças crônicas não era adequada em todos os ambientes, refletindo a falta de uma abordagem bem organizada e sistemática de atendimento. Outro estudo feito no Veterans Affairs Medical Center (EUA) revelou, da mesma forma, que menos de 75% dos pacientes diabéticos estavam recebendo o padrão de cuidado “minimamente aceitável” mesmo na clínica de especialidades (Ho *et al.*, 1997).

Ainda é predominante, na rotina dos serviços de saúde, a prática clínica hospitalocêntrica, com grande procura por consultas especializadas, exames diagnósticos e procedimentos de alto custo, mas sem assegurar a prevenção, o

diagnóstico precoce e o tratamento continuado das DCNT na rede de atenção primária de saúde, como demonstrado por Lessa (2004).

A natureza clínica dessas doenças e seu manejo exigem um maior número de profissionais envolvidos e atendimentos que se estenderão por muitos anos após o seu diagnóstico. Alguns estudos de utilização de serviços de saúde têm mostrado elevada utilização de recursos de saúde entre os portadores de DCNT (Brasil, 2010a, Brasil, 2005).

Recentemente o Ministério da Saúde lançou, em parceria com diferentes setores do governo, da sociedade civil e universidades, o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022”, que estabelece um compromisso de reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura causada pelas DCNT na próxima década. Quatro das principais DCNT foram estabelecidas como prioritárias (circulatórias, câncer, respira-

Tabela 1 - MATRIZ LÓGICA

	Objetivos	Indicadores	Fontes de verificação	Atividades
Fim	Favorecer a atenção integral e integrada ao diabetes no Brasil, por meio de ações para a promoção da saúde, prevenção do diabetes tipo 2 e redução da incidência de complicações, visando garantir a melhoria da qualidade de vida para as pessoas com diabetes no país.			
Propósito	Fortalecer e expandir as ações do SUS para educação em saúde para o autocuidado, “advocacy”, mobilização comunitária, avaliação contínua e implementação da melhoria da gestão do cuidado em diabetes. A iniciativa deve buscar o enfoque multiprofissional e integral na gestão da linha de cuidado, por meio de cooperação técnica e compartilhamento de experiências.			
Resultado esperado 1	“Estratégia Nacional de Educação para o auto-cuidado em Diabetes” fortalecida e expandida	Ambiente Virtual de Educação à Distância (AVEA), desenvolvido pela UFSC em parceria com o MS em 2009 implantado em mais 4 estados Materiais de apoio para pacientes e protocolos de cuidado atualizados e disponíveis para profissionais de saúde. Cinco mil profissionais de saúde sensibilizados, capacitados e envolvidos na Estratégia Nacional de Educação para o autocuidado em diabetes.	-AVEA revisado e disponibilizado no Telessaúde e relatórios de cursos desenvolvidos em 5 instituições (ESP ou universidades) -Materiais de apoio para o auto-cuidado impressos, disponíveis em DVD e no site do MS - Relatórios técnicos da capacitação elaborados e certificados de participantes distribuídos	A1.1 – Revisar e atualizar o conteúdo do AVEA, a partir das sugestões dos profissionais de saúde capacitados em oficinas anteriores (oficinas de trabalho com UFSC e MS) e disponibilizar no Telessaúde A1.2-Oficinas e visitas técnicas em e instituições que irão implantar o EAD A1.3-Realizar módulos à distância no AVEA para profissionais de saúde nos estados através dos centros implantados (ESP ou univ.) A1.4-Realizar oficinas locais de capacitação presencial para profissionais de saúde. A1.5 –Revisar material de apoio para pacientes e profissionais (oficinas de trabalho com FFMUSP e MS) A1.6 - Elaborar, validar e publicar materiais de apoio para pacientes e profissionais (Identificação de materiais existentes e contratação de especialistas e de PJ) A1.7– Planejar e promover campanha para o Dia Mundial do Diabetes 2010, com materiais para “advocacy”. A1.8 – Disseminar as experiências através de documentos técnicos

Resultado esperado 2	Capacidade técnica estadual/capitais para a gestão da linha de cuidado do diabetes e hipertensão melhorada, utilizando o Modelo de Cuidados de Doenças Crônicas (MCC)	10 municípios capacitados no Modelo de Cuidado de Doenças Crônicas (MCC) ACIC aplicado nos municípios ao início e final do projeto e planos de ação elaborados Elenco de indicadores de qualidade de cuidado do DM definidos e disseminados para os diferentes níveis de gestão	- Relatório de oficinas de capacitação - Material da capacitação disponível no site do MS - Documento com a compilação das avaliações (ACIC) dos municípios - Planos de ação dos municípios disponíveis - Documento com o Elenco de Indicadores de Qualidade de Diabetes publicado	A2.1-Tradução e adaptação de documentos do MCC e ACIC e produção de material a ser distribuído. A2.2-Oficina de afinamento metodológico para monitores macro-regionais no MCC A2.3-Oficina nacional para sensibilização para o programa com os 10 municípios A2.4-Elaboração e disseminação de material educativo para profissionais de saúde da rede básica A2.5-Contratação de técnico para revisão bibliográfica de indicadores de qualidade de cuidado de Diabetes A2.6-Oficina com especialistas e gestores para definição do elenco de indicadores de qualidade para os três níveis de gestão A2.7-Encaminhar o elenco definido para pactuação nos fóruns competentes de gestão dos SUS A2.8 – 03 Sessões de Aprendizagem locais para desenvolvimento, implementação e avaliação dos planos de ação dos 10 municípios. A2.9 – Oficina Nacional de Avaliação e apresentação de experiências locais A2.10 - Disseminação das experiências através de documentos técnicos
-----------------------------	---	---	--	--

Resultado esperado 3	SIS-HIPERDIA desenvolvido e disseminado, para monitoramento e avaliação contínua da qualidade da atenção	Versão atualizada do SIS-HIPERDIA desenvolvida e disponível para estados e municípios Profissionais de saúde capacitados na versão atualizada do SIS-HIPERDIA	- SIS-HIPERDIA disponibilizado para instalação on-line no site do MS/ Datasus - Relatórios de oficinas regionais de capacitação	A3.1 – Aprimoramento e validação (teste piloto) da versão atualizada do SIS-HIPERDIA e seus relatórios junto ao DATASUS/MS. A3.2 – Seleção de indicadores mínimos para o monitoramento de qualidade e formulação de relatório base nacional. A.3.3 – Reunião de técnicos do DATASUS e do MS para apresentação e avaliação versão atualizada (SIS-HIPERDIA) A3.4 –Reunião de preparação das oficinas regionais para capacitação na nova versão do SIS-HIPERDIA. A3.5 –Realização de oficinas regionais de capacitação no SIS-HIPERDIA, para estados e municípios, com participação do escritórios locais do DATASUS/MS A3.6 – Disponibilização de relatórios técnicos de av contínua de qualidade do cuidado
-----------------------------	--	---	--	---

Resultado esperado 4	Padrões de qualidade da atenção ao diabetes estabelecidos e disseminados	Laboratório de referência do ELSA no Rio Grande do Sul standartizado nos padrões internacionais para medida da HbA1C Cadernos de Atenção Básica com diretrizes clínicas revisadas e disseminadas	-Certificado da estandardização da HbA1c do laboratório disponível -Cadernos de Atenção Básica atualizados, publicados e disponíveis no site do MS	A4.1- Coleta de amostra de sangue no laboratório do ELSA e encaminhamento para o Centro CPPP nos EUA A4.2-Análise de resultados do controle de qualidade realizado no CPPP para certificação e disseminação dos resultados em documentos e artigos científicos A4.3-Contratação de especialistas para atualização/revisão das diretrizes de DM e HA e Prevenção de DCV e DRC e Pé Diabético, com a utilização pelo método AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument) A4.4-Oficina técnica com sociedades científicas para validação das diretrizes clínicas após elaboração pelos consultores A4.5-Publicação e disseminação das diretrizes clínicas através de Cadernos de Atenção Básica (CAB) A4.6- Disseminação através de informes e documentos técnicos
-----------------------------	--	---	---	--

Tabela 2 – Estrutura do Projeto QualiDia

Nome	Funções	Membros
Comitê Executivo	Terá como função planejar e tomar as decisões sobre o projeto e assegurar o cumprimento dos processos de acordo com o cronograma de atividades estabelecido.	CNHD/DAB/MS, DAB/MS, DATASUS/MS, Fundação Médica e do Coordenador Executivo do projeto.
Comitê Consultivo	Terá como função apoiar o comitê executivo na tomada de decisões relativas ao projeto e validar materiais técnicos e educativos necessários para o desenvolvimento do projeto.	Especialistas nacionais e internacionais das áreas de diabetes, educação, avaliação, gestão de serviços de saúde e saúde pública e representante da entidade financiadora (Sanofi-Aventis).
Consultores Técnicos	Prestarão assessoria ao Coordenador Executivo no desenvolvimento de planos de trabalho, coordenação de oficinas e reuniões, monitoramento e avaliação de atividades, desenvolvimento de materiais e programas.	Profissionais contratados para o desenvolvimento de atividades ou elaboração de produtos necessários para o projeto
Pontos Focais locais	Terão como função desenvolver as atividades no nível local, coordenando os planos de ação e as estratégias de capacitações.	Profissionais das Secretarias Estaduais de Saúde - SES ou Secretarias Municipais de Saúde - SMS participantes do projeto.
Coordenador Executivo Nacional	Terá como funções coordenar as diferentes ações e atividades estabelecidas pelo comitê executivo e relacionadas aos resultados esperados, de forma a garantir o cumprimento do cronograma, supervisionar as atividades/ produtos elaborados pelos consultores técnicos, elaborar os relatórios técnicos do projeto e garantir a disseminação de documentos e experiências por meio de diferentes veículos de comunicação.	

Tabela 3 – Síntese da situação de saúde dos municípios selecionados e participantes do Projeto QualiDia

Municípios (UF) Participantes	População (IBGE, 2010)	Cobertura (%) ESF (MS, 2010)	Estimativa de HA em ≥ 18 anos (Vigitel, 2010)	Estimativa de DM em ≥ 18 anos (Vigitel, 2010)	Cobertura (%) cadastro de HA (SIS- Hiperdia, 2010)	Cobertura (%) cadastro de DM (SIS-Hiperdia, 2010)
Anchieta (ES)	23.902	100,0	4.209	842	50,1	97,0
Ilha de Itamaracá (PE)	21.884	100,0	3.935	806	11,7	14,1
São Lourenço da Mata (PE)	102.895	75,9	17.806	3.647	24,6	41,8
Recife (PE)	1.537.704	51,7	283.979	58.164	6,8	18,5
Silva Jardim (RJ)	21.349	100,0	4.302	1.282	13,7	15,3
Rio Bonito (RJ)	55.551	87,7	11.827	3.524	19,0	22,4
Rio de Janeiro (RJ)	6.320.446	14,8	1.406.271	418.992	0,0	0,0
Antonio Carlos (SC)	7.458	100,0	1.136	344	68,9	38,9
Tijucas (SC)	30.960	100,0	4.659	1.411	22,0	31,9
Florianópolis (SC)	421.240	84,5	68.133	20.636	17,5	24,9

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; ESF: Estratégia de Saúde da Família; HA: Hipertensão Arterial; DM: Diabetes Mellitus; SIS-Hiperdia: Sistema de Informação em Saúde de Hipertensão e Diabetes – DATASUS/MS.

tórias crônicas e diabetes), assim como seus fatores de risco modificáveis (tabagismo, álcool, sedentarismo, alimentação não saudável e obesidade) (Brasil, 2011h).

Poucos países possuem políticas de saúde pública com as características necessárias para intervir de forma integral no cuidado das DCNT. Em análise realizada pelo observatório de políticas de saúde europeu verificou-se que países como Inglaterra e Dinamarca têm implementado políticas visando a gestão integral de DCNT (Ritsatakis, 2006). As análises de eficácia de modelos de atenção para o diabetes e outras doenças crônicas sugerem que o desenho do modelo desempenha um papel importante no resultado, o que reforça a necessidade do redesenho do sistema de prestação de cuidados primários baseado em modelo que incorpore conceitos bem validados como o Modelo de Cuidados Crônicos (20, Wagner, 1998; Wagner *et al.*, 2001; OMS, 2003; Mendes, 2009; Halpin, 2010).

Conclusão

Para alcançar um crescimento econômico sustentável, a melhoria dos indicadores sociais e redução das desigualdades, os países necessitam reduzir a carga de doença e a desigualdade de acesso ao cuidado de DCNT, que representam um dos maiores problemas e desafios atuais. O “Plano de Ação para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis” é o compromisso brasileiro para a redução da elevada carga de

doenças crônicas no país na próxima década. Intervenções eficazes para abordagem integrada desses fatores de risco e das quatro principais doenças crônicas abrangem três principais estratégias: políticas públicas saudáveis, programas baseados na comunidade e intervenções clínicas com base em modelos abrangentes, integrados e organizados.

No Brasil, a estruturação e implementação de um projeto que traga evidência sobre a viabilidade e exequibilidade de modelo estruturado para a organização e a gestão do cuidado às condições crônicas - em especial ao diabetes - adaptadas às condições e à realidade brasileira, poderá contribuir com a reformulação de programas e políticas nacionais de atenção no SUS. Assim, espera-se que uma vez desenvolvido o projeto QualiDia nos municípios considerados como áreas de demonstração, traga como resultados estratégias e ações locais inovadoras que possam estimular e apoiar as autoridades sanitárias nacionais, estaduais e locais no desenvolvimento de políticas para a elaboração de propostas integradas para a atenção às DCNT.

Referências bibliográficas

- Ayanian JZ, Hauptman PJ, Guadagnoli E, Antman EM, Pashos CL, McNeil BJ. Knowledge and practices of generalist and specialist physicians regarding drug therapy for acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1994;331:1136-42.
- Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

- 13