

Integração entre Atenção Primária a Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada beneficiando pessoas com Diabetes Mellitus

Autores: Melyne Serralha Rocha¹; Rubia Pereira Barra².

1- Diretora da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia, MG, Brasil.

2- Coordenadora Centro Colaborador da Planificação Atenção à Saúde, Uberlândia, MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Efetivar o projeto de integração entre a Atenção Primária a Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) através de Tecnologias Leves "Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado", beneficiando o paciente com Diabetes Mellitus, no Setor Sul do município de Uberlândia. **Método:** Essa tecnologia de atendimento consiste na avaliação por equipe multiprofissional do usuário estratificado em alto e muito alto risco. Cada profissional de saúde da APS, juntamente com especialistas, imerge na singularidade do paciente, trazendo para a discussão aspectos relevantes para a elaboração conjunta do plano de cuidado.


Resultados: A operacionalização de funções da AAE - assistencial, educacional e supervisonal permite uma constante qualificação à APS; a comunicação efetiva interprofissional; redução da hemoglobina glicada em um período de 3 meses dos usuários (80%) e redução de custos. **Conclusão:** Esforços têm sido direcionados para que haja crescente fortalecimento desse sistema, objetivando estratégias que os motivem para o autocuidado com apoio da equipe multiprofissional. Um bom controle metabólico reduz a incidência de complicações agudas e crônicas, e tais resultados são alcançados com mais veemência quando há integração efetiva e permanente entre a APS e a AAE.

Descritores: Diabetes Mellitus; Atenção Primária; Atenção Especializada; Plano de Cuidado.

1. Introdução

A portaria 4.279, do Ministério da Saúde, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), afirma:

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e



qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

A mesma portaria aponta a solução: “inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das RAS”.

O desenvolvimento de uma RAS em determinado território sanitário implica, como passos iniciais, na organização da Atenção Primária à Saúde (APS), centro de comunicação e coordenação do cuidado na rede, e da Atenção Secundária, em seu componente ambulatorial especializado.

A proposta de organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em Rede com a Atenção Primária à Saúde (APS), adotado pela Missão Sal da Terra, tem como norteador a Planificação da Atenção à Saúde (PAS), projeto original do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que nada mais é do que um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas RAS. [1]

A fundamentação teórica da PAS é de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicada pelo CONASS e OPAS, a saber: As redes de atenção à saúde (2011), O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família (2012) e A construção social da APS (2019).

Para dar conta da atual situação epidemiológica e da transição demográfica, Mendes propõe ao Sistema Único de Saúde (SUS) o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), baseado nos modelos da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente, Cuidados Crônicos e Determinantes Sociais da Saúde. Este modelo é a base para a PAS, juntamente com a Construção Social da APS. [2,3,4,5]

A utilização do Modelo de Atenção das Condições Crônica (MACC), implica assumir que se deve promover mudanças na forma como se presta a atenção à saúde. Para se ter sucesso no manejo das condições crônicas, há que estabelecer modificações radicais na forma

que se dão os encontros clínicos entre equipes da APS (Atenção Primária a Saúde) e AAE (Atenção Ambulatorial Especializada).

Com base no referencial teórico, proposto por Eugênio Vilaça Mendes e na metodologia PAS, nomeado em Uberlândia de Qualifica SaUDI, apresenta-se a seguir a proposta de integração da APS e AAE no Setor Sul do município em questão. Vale ressaltar a importância da parceria com o CONASS no que se refere a implantação da metodologia, bem como da SMS, no desenvolvimento das ações propostas, tanto no apoio técnico da Coordenação da Atenção Primária à Saúde, na disponibilização de Tutores, bem como na discussão da atenção em outros pontos da rede, que não se encontram sob a administração da Missão Sal da Terra.

Esse relato de experiência propôs trabalhar com a introdução de novas formas de atenção profissional na clínica, iniciando com os portadores de Diabetes Mellitus.

O Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo, constitui grande desafio em saúde pública e é considerado fator de risco, assim sendo, propôs-se realizar o manejo do paciente com Diabetes Mellitus por meio de intervenção holística, inserindo-o no centro do cuidado, e confluir estratégias de educação em saúde, técnicas motivacionais para o autocuidado, envolvimento do microambiente em que ele está inserido e fortalecimento de vínculo com a equipe multiprofissional têm se mostrado ferramentas determinantes para tal propósito.

A organização da atenção as pessoas com Diabetes Mellitus, baseou-se no processo de estratificação de risco proposto pelo MACC, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada qual, evitando-se subofertar cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou sobreofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos. A experiência relatada iniciou com a atenção aos diabéticos de alto e muito alto risco.

As evidências que sustentam esse movimento estão bem definidas no Chronic Care Model (CCM), proposto por Wagner e constituem, novas relações entre especialistas e generalistas. [4]

Essas novas relações proporcionadas pelo uso da tecnologia da atenção contínua proporcionaram além de técnica quando diferentes saberes se encontram, também de vínculo

pessoal onde os médicos especialistas conheceram a equipe da atenção primária. Ancorado em trabalho clínico conjunto compartilham o cuidado da pessoa usuária, elaboram o plano de cuidado individual. A partir do plano de cuidado individual, com a participação da pessoa usuária e apoiado pela equipe da atenção primária é elaborado o plano de autocuidado e realizada a pactuação das metas, que implicam em mudanças de comportamentos, fundamentais para o controle das doenças crônicas.

2. Objetivo

Apresentar a metodologia desenvolvida para a atenção as pessoas com diabetes por meio de tecnologias leves, que promovem o compartilhamento do cuidado entre a equipe de APS e equipe de AAE, nas unidades de saúde do Setor Sul do Município de Uberlândia-MG.

2.1 Objetivos Específicos

- Melhorar os resultados sanitários.
- Aumentar a satisfação das pessoas usuárias.
- Monitorar a condição crônica.
- Aumentar a satisfação da equipe de saúde.
- Reduzir a utilização de serviços desnecessários.

3. Métodos

3.1 Desenvolvimento do Projeto

Para o desenvolvimento do projeto foram realizados os seguintes passos:

3.1.1 Quadro 1: Ações para o desenvolvimento do Projeto Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado – Fevereiro 2018 a Maio 2018.

Ação	Fevereiro/2018	Março/2018	Abril/2018	Mairo/2018
Sensibilização e alinhamento conceitual sobre o modelo de atenção as condições crônicas para médicos especialistas (cardiologista, endocrinologista)	x			

e oftalmologista).				
Capacitação da equipe da Atenção Primária e Atenção Especializada para o uso da Tecnologia Leve da Atenção Contínua.		x		
Definição de um cronograma semanal para participação das equipes de Atenção Primária no Ciclo de Atenção Contínua.		x		
Disponibilização de 07 (sete) consultórios médicos para realização do ciclo de atendimento.			x	
Organização das agendas dos especialistas de forma que todos pudessem estar presentes no ambulatório de especialidades no dia programado.			x	
Elaboração do Roteiro da Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado.			x	
Apresentação e capacitação quanto ao Roteiro de Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado às equipes de Atenção Primária.			x	
Execução do projeto a partir de maio de 2018.				x

3.2 Execução do Projeto

A tecnologia adotada é a Atenção Contínua (AC), se dá com a participação da equipe da atenção primária (médico de família, enfermeiro, cirurgião dentista, agente comunitário de saúde - ACS, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, assistente social e farmacêutica) e profissionais da atenção especializada (endocrinologista, cardiologista, oftalmologista, geriatra), estes de acordo com a condição crônica que se estiver atendendo. O Ciclo de Atenção Contínua acontece no ambulatório de especialidades da Unidade de Atendimento Integrado (UAI) São Jorge no município de Uberlândia – MG, as terças e quartas-feiras no período da manhã. Os profissionais médicos da APS e da AAE atendem juntos onde, a equipe de atenção primária e pessoas usuárias com condições crônicas se deslocam para o ambulatório de especialidade. É realizada com um grupo de 7 pessoas, com estratificação de risco semelhantes.

3.2.1 Critérios inclusão no Ciclo de Atenção Contínua

- Usuários com fatores de risco alto e muito alto e/ou condições crônicas estabelecidas que apresentem razão, necessidade, capacidade e interesse para mudar os seus hábitos de vida.
- Pacientes com dificuldade de acesso a unidade de saúde.
- Pacientes com dificuldade de adesão ao plano de cuidado e controle da doença.
- Apresentar hemoglobina glicada HbA1c ≥ 8 nos casos de diabetes.

3.2.2 Critérios de exclusão

- Mudar-se para outro setor sanitário.
- Incapacidade de deslocamento até o Ambulatório de Especialidades ou a Unidade de Atenção Primária à Saúde.

3.2.3 Ações que antecedem ao dia do Ciclo de Atenção Contínua

- Enfermeira deverá selecionar juntamente com o médico, os usuários diabéticos de alto e muito alto risco respeitando o critério de inclusão;
- Médico deverá solicitar os exames de patologia clínica conforme protocolo (dentro do mês da realização do ciclo);
- Médico deverá solicitar ECG (Eletrocardiograma em Repouso) e Raio-x caso o paciente não possua nos últimos 6 meses;



Horário	Profissionais	Horário e atividades iniciais
---------	---------------	-------------------------------

- Após a seleção, a enfermeira irá informar a todos os profissionais envolvidos no ciclo de atendimento para que os mesmos se apropriem das informações clínicas e sociais dos usuários;
- Os profissionais deverão reservar em sua agenda uma data e horário para pactuação do Plano de Autocuidado Apoiado (máximo de 07 dias após a data do ciclo). Selecionar a data e horário, pois durante o ciclo essa data será repassada ao usuário;
- O Assistente Social deverá realizar uma visita domiciliar para preenchimento do instrumento “Avaliação Sócio Econômico”, avaliar também durante a visita: o local de armazenamento da insulina (quando houver), se o paciente tem condições de se automedicar, se tem dificuldades visuais entre outros. Tais informações deverão ser repassadas à equipe a fim de assegurar um melhor manejo ao paciente durante o ciclo;
- O Psicólogo irá conduzir as etapas: Avaliação, Aplicação da entrevista motivacional, Aconselhamento para avaliação do conhecimento do usuário em relação a sua condição de saúde, por meio do entendimento das crenças, valores, conhecimentos e dos seus comportamentos, incluindo a severidade desta condição e a capacidade que o mesmo possui para o seu autocuidado e avaliação do processo de motivação para mudança (estágio de motivação para a mudança, no qual a pessoa se encontra), além de avaliar a prontidão para a mudança; apoio ao reconhecimento e à resolução da ambivalência desse indivíduo; fortalecimento da responsabilização e do compromisso com a mudança e prevenção de recaídas.

3.2.4 Quadro 2: Cronograma do Ciclo da Atenção Contínua no Ambulatório de Especialidades (UAI São Jorge) – Maio 2018 a Março 2020.



7:00	Enfermeira	Receber as pessoas usuárias, administrar o colírio, realizar aferição da pressão arterial e glicemia capilar.
7:00	ACS (Ordenador de Fluxo)	Colocar a identificação com o nome dos usuários e número dos prontuários na porta dos consultórios e organizar os resultados dos exames do paciente em cada consultório.
7:10	Médico da APS e AAE	Médico do PSF apresentar os casos clínicos dos usuários para os médicos especialistas.
7:30	ACS (Ordenador de Fluxo)	Apresentar a metodologia para o grupo de usuários, colocar os crachás de identificação e direcioná-los para os consultórios determinados.
7:30	Médicos (APS e especialistas), Enfermeiros e Equipe multidisciplinar	Dirigir para os consultórios onde os usuários já estão esperando, se apresentando (nome e especialidade) para o usuário e iniciar o atendimento. Médico da APS e especialistas atendem juntos, discutindo o manejo clínico.
		Caso necessite de nova receita, o médico de família deverá realizar a nova prescrição no momento do atendimento, imprimindo e entregando no final.
Duração do Ciclo de atendimento - Tempo do atendimento: 15min x 7 pacientes = 1h 45 min		
9:30	ACS (Ordenador de Fluxo)	Encaminhar os usuários à sala onde será servido um lanche. O outro ACS escalado irá à sala de discussão para registrar em um cartão individual a data e horário da consulta com o Gestor de Caso para a pactuação do Plano de Autocuidado apoiado na APS. Entregar o cartão da consulta aos usuários e liberá-los.
9:30	Equipe multidisciplinar	Reunir todos os profissionais na sala previamente definida. Momento de escolha dos Gestores de Casos. Cada profissional deverá ser Gestor de Caso de apenas um usuário. O Gestor de Caso já previamente identificado irá neste momento registrar as informações discutidas para posterior elaboração do plano de cuidados. Todas as demandas como atendimento odontológico, solicitação de exames deverão ser resolvidas neste momento. Este momento está reservado para interação da equipe multiprofissional com foco na elaboração (em conjunto) de um plano de cuidados para o usuário. (Tempo: 10min x 7 pacientes = 1h 10min). A



		Assistente Social do Ambulatório de Especialidades irá no final do ciclo à sala de discussão para verificar se existe solicitação de exames de alta complexidade. Deverá registrar em prontuário as informações sobre os exames solicitados. Preencher a planilha de acompanhamento dos exames.
10:40	Equipe multidisciplinar	Finalização da discussão dos casos com os especialistas.
Elaboração do Plano de Cuidado		
10:40	Gestor de Caso	<p>Elaborar o Plano de Cuidados baseando-se nas informações discutidas e nas condutas tomadas pelos profissionais. Utilizar como referência na elaboração do Plano de Cuidados a conduta registrada pelos profissionais durante o atendimento individual e a discussão com a equipe multiprofissional.</p> <p>Competência do Gestor de Caso:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acompanhar o usuário em sua integralidade, verificando se a meta pactuada está sendo cumprida;• Monitorar juntamente com o ACS de referência, o diário semanal;• Realizar visitas domiciliares, quando necessário;• Verificar se os exames solicitados foram realizados;• Participar da Atenção Compartilhada em grupo, após 03 meses.

3.2.5 Plano de Cuidado

O Plano de Cuidados é o produto final da discussão realizada pela equipe da atenção primária e os profissionais especialistas.

O plano de cuidado envolve vários momentos: o diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos e a definição dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançar essas metas; a identificação dos obstáculos ao alcance das metas; as ações para superar esses obstáculos; o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas; o estabelecimento do nível de confiança da pessoa usuária para alcançar as metas; e o monitoramento conjunto das metas ao longo do tempo. [2]

3.2.6 Autocuidado Apoiado

O Autocuidado Apoiado é uma tecnologia de intervenção educacional e de apoio realizada pela equipe de saúde com o intuito de aumentar a habilidade e a confiança dos cidadãos em gerenciar suas condições de saúde. Tem por objetivo preparar e empoderar cada cidadão para auto gerenciar sua saúde e a atenção que lhe é prestada:

- Gerar conhecimentos e habilidades para que o cidadão identifique os seus problemas; decida e escolha as possíveis soluções; adote, mude e mantenha comportamentos que contribuam com uma vida saudável.
- Instrumentalizar o cidadão para utilização dos recursos necessários à mudança de comportamento e à superação das barreiras que se anteponham à melhoria da sua saúde.
- Desenvolver a corresponsabilidade por sua própria saúde, implicando em uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e o cidadão com condição crônica para conjuntamente: definirem os problemas a serem enfrentados; estabelecerem as metas a serem alcançadas; instituírem o plano de autocuidado. [2]

A equipe interdisciplinar deve compreender os fundamentos sobre o autocuidado apoiado e ser competente para desenvolver o plano de autocuidado para cada paciente com condição crônica.

O resultado desejado é a transformação do paciente em protagonista no gerenciamento do seu cuidado, e, assim, contribuir para mudança de comportamento tendo em vista a incorporação de hábitos saudáveis de vida.

A pactuação do Plano de Autocuidado Apoiado acontecerá na Unidade Básica da Saúde e será realizada pelos mesmos profissionais que participaram do ciclo de atenção contínua e que foram definidos como Gestores de Caso.

Os passos para a pactuação do plano de autocuidado são:

- Elaborar com o paciente um Acordo efetivado por meio de um plano de ação com metas mensuráveis e de curto prazo, considerando o estágio de motivação. Pactuar 02 metas.
- Dar assistência e acompanhar periodicamente o processo de mudança, contribuindo na aquisição de habilidades para o reconhecimento e resolução dos problemas, readequações e redefinição de metas do plano de ação, auto monitoramento e prevenção de recaída.

3.2.7 Quadro 3: Cronograma Atendimento para Pactuação do Autocuidado Apoiado na Unidade Básica da Saúde da Família – Maio 2018 a Março 2020.

Horário	Profissionais	Horário e atividades iniciais
Agendamento prévio		Chegada das pessoas usuárias na unidade de saúde.
Agendamento prévio	Gestor de Caso	Receber os usuários, e iniciar a pactuação.
		Caso o usuário falte no momento da pactuação, é de responsabilidade do Gestor de Caso solicitar a busca ativa e monitorar seu comparecimento na consulta.
		No caso de ter sido marcado atendimento odontológico, exames especializados, conferir se a pessoa usuária está lembrando das datas do agendamento. Reforçar o uso correto da medicação e no caso de alteração de prescrição médica chamar a atenção para a nova forma de fazer uso da medicação.
		Fechar o ciclo de informação (fechamento de laço), perguntando a pessoa usuária se ela entendeu o que foi informado. Isto é importante porque metade das pessoas não conseguem compreender as informações passadas pela equipe

3.2.8 Atenção Compartilhada em Grupo (Grupo de Retorno)

A atenção compartilhada se foca em grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes contando com a participação de vários profissionais da equipe de saúde ao mesmo tempo. Neste modelo, a equipe de saúde facilita o processo interativo de atenção de saúde que se dá em encontros periódicos de um grupo de portadores de condições crônicas.

O retorno das pessoas usuárias que passaram pela atenção contínua e pactuado as metas do autocuidado apoiado, se dará após três meses por meio do atendimento compartilhado em grupo.

Os profissionais Gestores de Caso, sendo os mesmos profissionais que participaram da atenção contínua e autocuidado apoiado: enfermeira, médico de família, dentista, nutricionista, educador físico, farmacêutico, psicólogo, assistente social e agente comunitário de saúde.

3.2.9 Quadro 4: Cronograma de Retorno do Grupo de Atenção Contínua e Autocuidado Apoiado – Maio 2018 a Março 2020.

Horário	Profissionais	Horário e atividades iniciais
Agendamento prévio	Enfermeiro	O enfermeiro deverá agendar com as pessoas usuárias que participaram do ciclo de atenção contínua para o retorno na unidade com 03 meses. O exame para acompanhamento da hemoglobina glicada deverá ter sido realizado (recente), conforme solicitação anterior.
Agendamento prévio	Enfermeiro	Convidar todos os Gestores de Caso para o grupo.
Agendamento prévio	Equipe multiprofissional	O enfermeiro irá conduzir a roda de conversa, onde irá apresentar os resultados positivos, incentivando os usuários que por ventura não obtiveram melhora. Oportunizar os usuários a relatarem sobre suas dificuldades e facilidades nas metas propostas.
Agendamento	Gestor de Caso	Após o momento do grupo, cada Gestor do Caso irá se

prévio		reunir com seu usuário para avaliação individual, e repactuação de metas, se necessário. Caso o Gestor de Caso não estiver presente em virtude de sua escala, será agendado uma consulta individual para que o mesmo realize o acompanhamento e repactuação.
--------	--	--

4. Resultados

Durante o período de implantação nos meses de fevereiro, março e abril de 2018 aconteceu um encontro com os 04 profissionais da AAE para sensibilizá-los sobre a mudança da forma de atendimento e alinhamento conceitual sobre o modelo de atenção as condições crônicas e 03 capacitações para as equipes da APS, totalizando 440 profissionais.

Desde o início da implantação em maio de 2018, 1.062 pessoas passaram pelo Ciclo de Atenção Contínua e tiveram seu Plano de Autocuidado elaborado, sendo que 784 pessoas tiveram seus resultados de hemoglobina glicada (HgA1c) avaliados após 3 meses, visto que com o início da pandemia por se tratarem de usuários do grupo de risco, interrompeu-se a atenção contínua.

Destes 68% reduziram a HgA1c, 80% reduziram HgA1c maior ou igual a 1 ponto, 20% tiveram sua HgA1c aumentada e 12% mantiveram seus resultados comparados com os iniciais como pode ser visto na tabela abaixo.

4.1 Quadro 5: Tabela de Resultados das pessoas que passaram pela Atenção Contínua e AutoCuidado Apoiado – Agosto 2018 a Março 2020.

Total de Pacientes com retorno AC	Reduziram a HgA1c	Reduziram > 1 ponto	Aumentaram HgA1c	Mantiveram HgA1c
784	535	430	154	95
	68%	80%	20%	12%

5. Discussão

Encontra-se evidência que a redução de 1 ponto na hemoglobina glicada reduz 37% o risco de complicação microvascular; reduz 21% o risco de morte por diabetes e 14% o risco de infarto agudo do miocárdio. Se observarmos que 430 usuários com diabetes, durante o período avaliado reduziram mais de um ponto a HgAc1, constatamos o benefício da metodologia para melhorar a saúde e qualidade de vida destas pessoas e diminuindo complicações e óbitos. [6]

Outra correlação que se pode fazer é referente ao custo médio de pessoas com Diabetes Mellitus. Estudo apresentado por Gilmer [7], avaliando um período de três anos, relata que a medida que o valor da hemoglobina glicada aumenta, o custo médio gasto por pessoas com diabetes também aumenta, onde uma pessoa com hemoglobina glicada 6% custa em média US\$ 8.576, com hemoglobina glicada 8%, em média US\$ 9.555 e por fim, hemoglobina glicada 10%, em média US\$ 11.629. Quando comparamos o valor do custo de uma pessoa com hemoglobina glicada 6% com uma de 10% existe um acréscimo de 36% no custo para cada pessoa. Portanto, a redução da HgAc1 trouxe a diminuição de gasto para o sistema de saúde do município.

Com relação as pessoas que não reduziram ou aumentaram a HgAc1, os gestores de casos e ACS, nos encontros de monitoramento, buscam identificar as dificuldades para o não cumprimento das metas, apoiam as mudanças necessárias e repactuam as metas sempre procurando apoiar as mudanças de comportamentos, incentivando as ações de autocuidado.

Outro fator importante foi a integração da equipe da atenção primária com os profissionais da AAE, trazendo novas relações entre especialistas e generalistas. Onde eles se conhecem e se comunicam, fator fundamental para a efetivação das RAS.

Os usuários entenderam a importância do autocuidado apoiado, pois 68% deles reduziram a HgAc1, cujo resultado clínico foi atingido, graças a mudanças de comportamentos.

6. Conclusão

A organização da forma de atenção por meio da atenção contínua e autocuidado apoiado trouxeram uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. Ao pactuar o plano de autocuidado apoiado os usuários, se empoderaram em relação à sua saúde e melhoraram sua qualidade de vida

Os especialistas cumprem sua função educacional para os profissionais da APS, proporcionando a educação permanente em cada ciclo de atendimento, oferecendo uma relação de retaguarda assistencial e de apoio pedagógico, melhorando o cuidado. Os profissionais através das discussões dos casos com especialistas, foram se capacitando, e se sentiram seguros para manejar os pacientes com diabetes, e em caso de dúvida, entram em contato via WhatsApp com os especialistas. Com isso houve uma diminuição dos encaminhamentos para a AE, e uma melhoria no manejo dessas condições.

Através das tecnologias leves utilizadas, apresentou resultados favoráveis no controle da Diabetes Mellitus. Melhorou o nível de saúde das pessoas, produziu serviços mais eficientes e de maior qualidade e incentivou o autocuidado.

Referências Bibliográficas

[1] BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Caderno de apresentação: Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados. Brasília: CONASS, 2009.

[2] Mendes, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

[3] Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na Internet]. 2008; acesso em 05 de janeiro de 2021; Disponível em: https://www.sefap.org/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Kaiser_2009.pdf

[4] Wagner, EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effect Clin Pract; 1998.

[5] Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier; 2007.

[6] Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A., Matthews, D. R., Manley, S. E., Cull, C. A., Hadden, D., Turner, R. C., & Holman, R. R. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. [periódico na Internet]. 2000; acesso em 05 de janeiro de 2021; Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405>

[7] Gilmer, T. P., O'Connor, P. J., Manning, W. G., & Rush, W. A. The cost to health plans of poor glycemic control. [periódico na Internet]. 1997; acesso em 05 de janeiro de 2021; <https://doi.org/10.2337/diacare.20.12.1847>