

## Atención primaria a las personas con diabetes mellitus desde la perspectiva del modelo de atención a las condiciones crónicas<sup>1</sup>

Maria Aparecida Salci<sup>2</sup>  
Betina Hörner Schlindwein Meirelles<sup>3</sup>  
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva<sup>4</sup>

**Objetivo:** evaluar la atención de salud desarrollada por los integrantes de la Atención Primaria de Salud a las personas con diabetes mellitus en la perspectiva del Modelo de Atención às Condições Crônicas. **Método:** estudio cualitativo, con referencial teórico del Pensamiento Complejo y del Modelo de Atención às Condições Crônicas y metodológico de la investigación evaluativa. Para recolectar los datos fueron efectuadas 38 entrevistas con profesionales de salud y gestores; observación de las actividades practicadas por los equipos de salud; y análisis de 25 archivos de personas que recibían esa atención. Los datos fueron analizados con auxilio del software ATLAS.ti, utilizando la técnica de análisis de contenido dirigida. **Resultados:** en el ámbito micro, la atención estaba distante de la integralidad de las acciones necesarias para asistir a las personas con enfermedad crónica y estaba centrada en el modelo biomédico. En el ámbito meso, existía desarticulación entre los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia, entre estos y los usuarios, familia y comunidad. En el ámbito macro, se identificó ausencia de estrategias directivas para la implementación de las políticas públicas para la diabetes en la práctica asistencial. **Conclusión:** la implementación del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas representa un gran reto, necesitando principalmente de profesionales y gestores preparados para trabajar con enfermedades crónicas y abiertos a romper con el modelo tradicional.

**Descriptores:** Diabetes Mellitus; Primeros Auxilios; Evaluación de Servicios de Salud.

<sup>1</sup> Artículo parte de Tesis de Doctorado "Atención Primaria de Salud y la prevención de las complicaciones crónicas em personas con diabetes mellitus en vista de la Complejidad", presentada en la Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2882. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>. mes día año

URL

## Introducción

La diabetes mellitus corresponde al grupo de enfermedades crónicas responsable por las principales causas de muerte en el mundo y es considerado uno de los problemas de salud de mayor magnitud<sup>(1)</sup>. En ese sentido, investigaciones nacionales e internacionales han discutido acciones que puedan ayudar a controlar el avance de esa enfermedad y de sus complicaciones y que, muchas veces, son consecuencia de una atención que no considera las especificidades de la cronicidad, con modelos asistenciales inadecuados y orientados a la cura de las enfermedades, presente en la lógica del modelo biomédico<sup>(2-4)</sup>.

A partir de una importante discusión internacional, al final del siglo XX e inicio del siglo XXI, sobre modelos de atención de salud que consideraran las necesidades de las personas en condición crónica, se han creado nuevos modelos de atención, como el *Chronic Care Model*<sup>(5)</sup>, desarrollado en Estados Unidos y que vienen siendo ampliamente utilizado en varios países del mundo, con relatos de experiencias exitosas<sup>(6)</sup>.

El *Chronic Care Model* fue la principal referencia para la construcción del *Modelo de Atenção às Condições Crônicas* (MACC)<sup>(7)</sup>, que fue elaborado para la realidad y el contexto de la salud brasileña. Contempla las especificidades de la cronicidad y de las condiciones de vida adquiridas por el adolecer, los contextos relacionados e inter-relacionados en ese proceso, además de la persona, su familia, sus redes sociales, las redes de atención de salud, los servicios, los profesionales, la gestión y las políticas<sup>(7)</sup>.

Ese modelo viene siendo considerado como referencia por el Ministerio de la Salud brasileño para el establecimiento de las políticas de atención a las personas con enfermedades crónicas, como el desarrollo de las Redes de Atención de Salud (RAS). Evaluaciones de la implantación de ese modelo todavía no son expresivas, con pocos estudios ya desarrollados, pero que han revelado su adecuación en la atención a las personas en condición crónica<sup>(3,8)</sup>. Específicamente sobre la atención de salud de personas con diabetes, no encontramos estudios que permitieran evaluar si este modelo viene sirviendo como referencia para los profesionales de salud y cuales cambios promovió al ofrecer una estructura específica para la atención de salud a las personas en condición crónica. Ante ese contexto, la finalidad de este estudio fue evaluar la atención de salud desarrollada por los integrantes de la Atención Primaria de Salud (APS) a las personas con diabetes mellitus bajo la perspectiva del MACC.

## Método

Estudio cualitativo, que utilizó como referencial teórico el Pensamiento Complejo y el MACC, y como

referencial metodológico la investigación evaluativa. Participaron del estudio 38 profesionales de salud, involucrados en la atención de salud de personas con diabetes en la APS, siendo: 29 miembros de cinco Equipos de Salud de la Familia (EqSF) - cinco médicos, cinco enfermeros, cuatro auxiliares de enfermería y 15 Agentes Comunitarios de Salud (ACS); seis integrantes del Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (CASF) - dos farmacéuticos, un educador físico, un psicólogo, un asistente social y un nutricionista; y tres gestores - dos de Unidad Básica de Salud (UBS) y uno vinculado al municipio.

La selección fue desarrollada por muestreo teórico. En primero lugar se buscó en los datos del Sistema de Información de Atención Básica los EqSF que poseían mayor número de personas con diabetes, registradas en el área de alcance. Los profesionales del CASF y los gestores fueron indicados como referencias para los profesionales de salud que componían esos EqSF.

Previamente fueron contactados los directores de las UBS que hospedaban los EqSF, para presentación del investigadores y un primer contacto personal con los posibles participantes, para quienes fueron explicados los objetivos de estudio y sus razones.

Las técnicas de recolecta de datos incluyeron: entrevista, observación y consulta a archivos. Para cada una de esas técnicas fueron elaborados guiones, de acuerdo con el objetivo del estudio.

Fueron llevadas a cabo entrevistas intensivas, individualizadas con cada participante, con duración entre 30 a 150 min y fueron grabadas y transcritas por completo. Los participantes tenían entre 25 a 59 años, con tiempo de actuación en la APS que varió de cuatro meses a 14 años. La observación fue con participación moderada y ocurrió durante 18 sesiones de grupo de personas con diabetes, desarrolladas por los profesionales de los EqSF, correspondiendo a 40 horas destinadas a esa actividad, que fueron registradas en diario de campo. Fueron consultados 25 archivos, seleccionados por los enfermeros participantes, que indicaron cinco archivos de personas con diabetes que eran acompañadas por su equipo. Los datos fueron recolectados durante seis meses (diciembre del 2013 a mayo del 2014) y fue finalizada respectándose los criterios de saturación de informaciones.

Para analizar los datos, la combinación de las técnicas adoptadas permitió la triangulación en el proceso de análisis, que fue orientado por el análisis de contenido dirigido. Sirvió como referencia el MACC, considerando sus ámbitos de alcance (micro, meso y macro)<sup>(7)</sup>, y el protocolo propuesto en la política del Ministerio de la Salud con relación a la diabetes: Cuadernos de Atención Básica - Estrategias para el cuidado de la persona con enfermedad crónica - Diabetes Mellitus<sup>(9)</sup>.

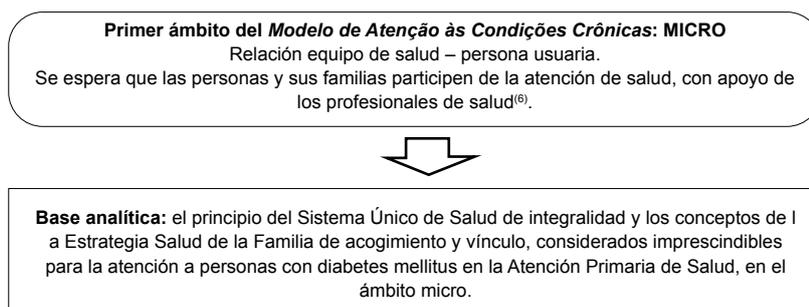
Fue utilizado el *software* ATLAS.ti versión 7.1.7, con licencia de número 58118222, como herramienta tecnológica que apoyó la organización y codificación de los datos de las entrevistas. El análisis de esos datos involucró las etapas de codificación, caracterizada por el momento inicial del análisis, en que fueron abiertos los datos e identificados los códigos originados de las entrevistas; y la reorganización de los datos alrededor de ejes de interés, orientados por los referenciales teóricos adoptados. Los datos referentes a las observaciones y consulta de los archivos fueron igualmente analizados, pero fueron utilizados para dar soporte o aclarar lo que los participantes describieron son la atención que practicaban. La presentación de los resultados referentes a las entrevistas recibió una identificación, incluyendo la profesión y/o cargo que ocupaban, seguido por la letra P y un número, que correspondió a la inclusión de la entrevista en el *software* ATLAS.ti.

Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado en dos copias. La investigación fue autorizada por el Comité Permanente de Ética e Investigación Involucrando Seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina y autorización de la Secretaria de Salud del municipio de referencia.

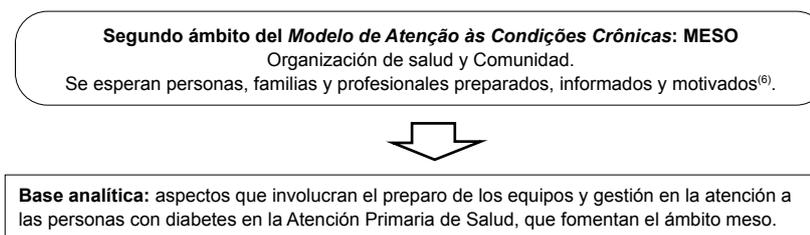
## Resultados

Los resultados del estudio fueron presentados en tres categorías (Figura 1). Para cada una fue relacionado uno de los ámbitos de alcance del MACC y una base analítica: *La atención a las personas con diabetes en la APS*, correspondiente al ámbito micro; *La atención a las personas con diabetes en la APS: equipo-gestión*, correspondiente al ámbito meso; y *Políticas para la diabetes: barreras a la aplicabilidad*, correspondiente al ámbito macro.

### CATEGORÍA 1: La atención a las personas con diabetes en la Atención Primaria de Salud



### CATEGORÍA 2: La atención a las personas con diabetes en la Atención Primaria de Salud a las personas con diabetes en la Atención Primaria de Salud: equipo-gestión.



### CATEGORÍA 3: Políticas para la diabetes: barreras a la aplicabilidad.

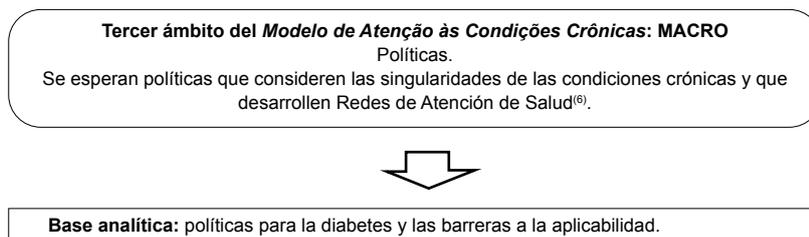


Figura 1 - Categorías y sus relaciones con los ámbitos del MACC y las bases analíticas

## La atención a las personas con diabetes en la Atención Primaria de Salud

La atención a las personas con diabetes, en su gran mayoría, era ofrecida colectivamente, visando promover el acceso a la atención de una cantidad mayor de usuarios, que estaban registrados en el Sistema de Registro y Seguimiento de Hipertensivos y Diabéticos. Esa atención era llamada como grupo y ocurría mediante pre-programación trimestral, de forma a favorecer ese acceso al servicio de salud, optimizando la agenda de los profesionales para atención de un número mayor de personas con la misma enfermedad en día y hora predefinidos. La dinámica establecida para organizar los grupos era de una atención centrada en la consulta médica, prescriptiva, en la cual la principal actividad abarcaba la entrega de prescripciones, y algunas veces, pero no de manera sistematizada, eran solicitadas pruebas de laboratorio. Ese momento era marcado por un período estrictamente corto para la atención de las personas, lo que acarrearía restricción de actividades importantes, como el examen físico.

*El examen físico se hace si tiene queja, no existe una rutina [...]. En los días de grupo, tengo cinco minutos para atender al paciente, entre explicar todas las pruebas y orientar sobre la medicación y efectuar el examen físico... No es posible efectuar el examen físico... (Médico-P30).*

No existía una planificación de las actividades de los profesionales que consideraran el conjunto de las necesidades de las personas con diabetes. Esa situación afectaba el establecimiento del acogimiento y vínculo, repercutiendo en la falta de detección precoz de la enfermedad y de sus complicaciones y en la inexistencia del acompañamiento sistemático de las personas con diabetes. Muchas veces, el marco para el seguimiento era la presencia de complicaciones graves e irreversibles.

*Llega mi paciente, ni sé si es diabético, si es hipertensivo... Busca atención médica cuando le conviene o cuando pasa algo [...] una escara en el pie, cuando pasa algo, una fatalidad, alguna duda, descompensó... Sin embargo, todavía no hay una planificación específico para esos diabéticos (Enfermero-P4).*

En esa atención descrita como de grupo, no se ofrecía oportunidad para que las personas hablaran sobre otros problemas de salud. Se deberían restringir solamente a sus problemas clínicos relacionados a la diabetes y a la hipertensión arterial. Cuando refería una queja diferente, la persona era instruida a programas otra consulta para intentar solucionar sus problemas, acarrearando una demanda adicional al servicio y dificultades para esas personas.

La atención desarrollada por los miembros de los EqSFs adoptaba como foco de atención el médico, sin expresar un trabajo inter o multidisciplinario. Los

enfermeros no se involucraban en la atención y el seguimiento sistematizado, para la prevención y la reducción de complicaciones crónicas de la diabetes. Actividades educativas eran efectuadas de forma parcial o ni efectuadas.

*[...] Como diré a un paciente con 70 años que hay de limpiar el frasco, aspirar, coger la jeringa, cuando ya no posee la destreza de las manos, habilidad para pinchar allí. Explica, le mira a la cara y sabe que no comprendió. Ahí, mira y piensa: ¿será que pregunto si comprendió o no pregunto? Porque, si no comprendió, ¿y si tengo de explicar todo otra vez...? (Enfermera-P4).*

Otro aspecto encontrado fue la falta de integración de los profesionales con la familia de las personas con diabetes, así como con su contexto social. Se subraya que, excepto los ACS, ningún otro profesional apuntó la existencia de ese involucramiento y direccionamiento en sus acciones y prácticas en el proceso de cuidar y asistir a las personas con diabetes en la APS.

## La atención a las personas con diabetes en la Atención Primaria de Salud: equipo-gestión

La motivación, considerada como un requisito del autocuidado, fue percibida por los profesionales como algo distante de la realidad en que se encuentran las actuales prácticas de atención a las personas con diabetes en la APS. En la observación de los encuentros de los grupos, las personas con diabetes se quedaban sentadas durante largo período, de forma pasiva, esperando ser llamadas por el médico. En general, no ocurría una interacción sistematizada con los profesionales y ni entre ellos.

*El grupo parecía un matadero. Quedaban todos sentados, la enfermería y los ACS hacen lo que tienen de hacer y después quedan suelos esperando que el médico llame (ACS-P13).*

Otra cuestión importante es que ni todos los profesionales, especialmente aquellos del CASF y los del nivel técnico, poseían conocimiento clínico sobre la diabetes, especialmente sobre sus complicaciones. Eso causaba, en esos profesionales, dificultad en su actuación, especialmente en las actividades educativas para prevenir las complicaciones de la diabetes. Los ACS crearon estrategias para la auto-capacitación, buscando leer los *folders* y panfletos distribuidos por la Secretaría Municipal y el Ministerio de la Salud, y también refirieron que, cuando sentían necesidad, hacían preguntas para aquellos profesionales que pensaban que habían más conocimiento.

*Sé que el paciente puede perder el pie y afectar su visión, no sé si hay otras complicaciones [...]. Creo que debería saber más sobre diabetes para orientar a las personas correctamente. No recibimos capacitación, lo que sé es porque voy a preguntar*

*a uno, a otro, siempre hay un colega que sabe más y también intento leer todo que la Secretaría manda a nosotros (ACS-P22).*

Respecto a los aspectos relacionados a la gestión, su subraya una dificultad de la gestión municipal para acompañar la atención ofrecida por los EqSF a las personas con diabetes. Ese vacío podría ser llenado con la actuación de la gestión local de las UBS que, como parte de su función, debería efectuar la supervisión de la atención desarrollada en los locales bajo su responsabilidad. Sin embargo, los gestores locales traían consigo direccionamientos partidarios por determinación de la actual administración pública. Muchos entre ellos ocupaban cargos comisionados y fueron puestos en el cargo sin experiencia previa en el área de salud, con gran dificultad para involucrarse con aspectos más específicos, e incluso con el cumplimiento de las políticas públicas.

*Cuando me invitaron para venir a esa Unidad, me quedé ansiosa y temerosa, porque ¿qué sabía y comprendía yo de salud? Nada, nada... Después que vino, vi que funcionaba porque hay la parte de organización, estructuración, funcionario... esa parte estaba desorganizada y lograba trabajar [...]. Tengo muchas dificultades hasta hoy, todavía pido mucha ayuda a las enfermeras, todavía necesito aprender mucho, mucho... (Gestor local/UBS-P33).*

Otro aspecto a ser considerado, en esa atención, fue la ausencia de acciones que identificaran la movilización de los recursos sociales, con orientación de la comunidad, para esa causa, como propuesto por el MACC.

### **Políticas para la diabetes: barreras a la aplicabilidad**

Como barreras encontradas para la implementación de las políticas públicas referentes a la diabetes, en la actual atención desarrollada por los profesionales y gestores de la APS, se subraya que ninguno de los entrevistados indicó que desarrolla sus prácticas clínicas según lo preconizado por los manuales y protocolos del Ministerio de la Salud: *Así, decir que nosotros aplicamos lo que está en el manual... ¡No!* (Enfermera-P2). La conducta adoptada era marcada por actitudes particulares, según la formación y la experiencia de cada profesional, adquiridas a partir de sus relaciones e interacciones con las prácticas históricas, sin una actualización y acompañamiento de los cambios en las políticas.

*Adopto mis conductas de acuerdo con el equipaje que fue aprendido durante la facultad y la práctica con los años de Estrategia Salud de la Familia, porque la teoría es diferentes de la práctica, hay todo un contexto social, familiar y todo más, no se puede considerar solamente lo que se ve en el libro (Médica-P31).*

La implantación de las propuestas del Ministerio de la Salud o de las Secretarías de Estado (protocolos, manuales) era una decisión de cada profesional de salud, sin espacios de discusiones que llevaran a una decisión colectiva del EqSF o de la UBS. El conocimiento sobre el contenido del material dependía de cada profesional y de su iniciativa personal para llevar a cabo la lectura e implementarlo.

*¿Pero por qué no lo hace? Porque no tuvo tiempo de leer el manual, porque soy solamente una para hacer mil cosas. Depende del enfermero leer e intentar cambiar alguna cosa, pero si no se interesa, sigue así. El protocolo, lo llevé a mi casa para leer el de cáncer de útero, el de lactancia y llevaré el de hipertensivo y diabético. Porque así, el Ministerio lanza el protocolo, viene el libro a nosotros y terminó (Enfermera-P1).*

Respecto a las RAS, esas todavía no eran consideradas una realidad del sistema de salud en el ámbito municipal, especialmente por sus fragilidades en las conexiones entre los diferentes puntos de la red. Los profesionales de salud no tenían, como referencia y apoyo, el servicio especializado/secundario con gran dificultad para poder efectuar los encaminamientos necesarios para una atención adecuada. Además, cuando la consulta especializada acontecía, la contra-referencia todavía era precaria, cabiendo al usuario traer la prescripción entregue por el especialista para que el profesional de la UBS/EqSF continuara prescribiendo las medicaciones propuestas; expresando la falta de una articulación entre los diferentes puntos de la red.

### **Discusión**

Según los resultados del estudio, la atención a las personas con diabetes llevada a cabo en grupo fue marcada por una actuación más dirigida a hacer frente de la demanda por consultas médicas, sin que esa atención fuera pauta por la política de salud, lo que indica un cumplimiento solamente parcial de la política de atención a las personas con diabetes<sup>(9)</sup>. Las acciones eran desarrolladas con base en el modelo biomédico con gran distanciamiento de las prácticas necesarias y contempladas en el MACC a las personas con enfermedades crónicas<sup>(7)</sup>. Situaciones similares también fueron encontradas en otros estudios desarrollados en la APS, mostrando que esa situación se repite en diferentes locales de la realidad brasileña<sup>(10-11)</sup>.

La escucha, como un elemento de la acogida, fundamental para el establecimiento del vínculo y comprendida como uno de los pilares de la acción terapéutica, fundamental para una atención que visa a la integralidad<sup>(12)</sup>, no fue evidenciada en esa atención. La recomendación es que haya un seguimiento individualizado de las personas con diabetes,

comprendiendo que el contexto de cada una y la forma como vive con la enfermedad constituyen elementos esenciales para el cuidado con intención de mantener los niveles glicémicos controlados y promover calidad de vida a ellas<sup>(9,13)</sup>.

La orientación, como instrumento de educación en salud, es un elemento esencial para que las personas puedan llevar a cabo el autocuidado<sup>(9,14-15)</sup>, para que tengan una vida saludable y productiva. Estudios que analizaron la práctica y las concepciones de educación en salud subrayan la necesidad de una mayor valorización del papel de los profesionales de salud como sujetos propulsores de cambios en la práctica educativa y en el modelo de salud en que están insertados<sup>(15-16)</sup>.

La falta de integración de los profesionales con la familia de las personas con diabetes, y también con su contexto social, indica la ausencia de convergencia de la práctica con los principios de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), de la integralidad y del MACC, en que la familia debe ser involucrada en el plan de cuidado de las personas usuarias<sup>(7)</sup>.

Las insuficiencias expresadas por los ACS sobre el poco conocimiento del tema de la diabetes están de acuerdo con otro estudio que también indicó la necesidad de mejor instrumentalización de esa categoría profesional, que tiene papel fundamental en la dimensión comunicacional y relacional con las personas usuarias<sup>(17)</sup>, aunque considerando que no existe una actuación clínica de los ACS.

La gestión local, en el desempeño de sus funciones, tiene dificultades de comprender y actuar ante la complejidad de un servicio de salud. Dejan marcas de una actuación reduccionista, aislada y simplificada del proceso gerencial y político, como por ejemplo la inexistencia de movilización de los recursos sociales con orientación de la comunidad hacia esa causa, como propuesto por el MACC<sup>(7)</sup>.

Esa actuación de los gestores muestra una falta de articulación con los profesionales de salud y con la realidad de los usuarios de la APS. Se subraya la necesidad de que tengan una formación adecuada con apropiación del conocimiento de las acciones en salud y de sus innúmeras inter-relaciones con otros sectores de la sociedad e incluso dentro del propio sistema de salud. La fragmentación de la mirada sobre la realidad les impide de aprehender las múltiples facetas de esa realidad<sup>(18)</sup>. Otro estudio desarrollado en la APS también identificó problemas gerenciales, destacando la ocurrencia de una fuerte influencia político-partidaria del tipo clientelista y falta de profesionales cualificados<sup>(10)</sup>.

Se expresó que los profesionales de salud no adoptan como referencia para sus acciones los documentos del Ministerio de la Salud, para asistir a las

personas con diabetes. Eso porque la implementación de una política de salud trae innúmeros obstáculos en el nivel local, permeados por cuestiones estratégicas, por intereses y por múltiples actores, considerados aspectos determinantes para el éxito o el fracaso de esa política<sup>(19)</sup>.

Ante esas connotaciones, y ante la complejidad sistémica organizacional, fueron identificados múltiples puntos de fragilidades en la atención a las personas con diabetes en la APS, especialmente cuando analizada bajo el prisma del MACC. Según el paradigma de la complejidad, surgieron diversas situaciones que remiten a una organización fragmentada, reduccionista, contradictoria y disyuntiva a las políticas que la fundamentan, siendo posible identificar diversos desórdenes establecidos. Sin embargo, ante los principios básicos del pensamiento complejo, que se hace presente en todos los fenómenos vivos, todos los desórdenes pueden ser productores de un nuevo orden y establecer una nueva organización<sup>(18)</sup>.

Estudios brasileños, que describen la aplicabilidad del MACC, evidencian que, después de su implantación mejoró el cuidado a las personas, con aumento de la adhesión al tratamiento por las personas asistidas<sup>(3)</sup> e introducción de nuevas estrategias de atención por los profesionales de salud, que abarcan acciones para el autocuidado, entrevista motivacional y grupo operativo<sup>(8)</sup>. Esa realidad converge con experiencias internacionales en países que adoptaron un nuevo modelo de atención específico para las enfermedades crónicas, que afirman su eficacia y eficiencia para asistir a esa población en sus singularidades y pluralidades, expresadas en sus procesos salud-enfermedad<sup>(6,20)</sup>.

Como limitaciones, se registra que este estudio enfocó solamente un municipio y evaluó el modelo con foco en la diabetes como enfermedad crónica. Sin embargo, el MACC no es reconocido por los profesionales como una orientación.

Para que el MACC pueda ser una realidad en la red de atención primaria y ser efectivo para la atención a la diabetes, es fundamental que ocurran cambios en varios ámbitos de alcance del modelo de atención, incluyendo una preparación más específica, además de cambios en la estructura de la atención de salud, influyendo en la forma de actuación de los profesionales de salud y gestores.

## Conclusión

La evaluación de la atención de salud desarrollada por los miembros de la APS a las personas con diabetes, bajo la perspectiva del MACC, permitió concluir que la implementación de ese modelo representa un gran reto, marcado por la necesidad de profesionales y gestores

preparados para trabalhar com enfermidades crônicas y abiertos a romper con el modelo tradicional; y políticas que den condiciones para la operación de ese modelo en los ámbitos micro, meso y macro.

Los resultados presentados pueden contribuir a la reorganización de la atención a las personas con diabetes en la APS, con indicaciones para los profesionales de salud, especialmente los enfermeros, que deben enfocar las acciones rescatando paradigmas, conceptos y objetivos de los modelos de atención en que están insertados (APS y ESF), que deben ser la base para sus prácticas asistenciales. Para los gestores, indica la necesidad de contemplar medidas que puedan dar soporte para ayudar a los profesionales a desarrollar una atención integral. Para las políticas públicas para la diabetes, señala la necesidad de proponer estrategias de control y acompañamiento de la atención ofrecida en la base, con medidas de garantizan, además del acceso, la calidad de la atención a las personas con diabetes.

## Referencias

1. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Practice*. [Internet]. 2010;87:4-14. [Access Feb 23 2016]. Available from: [http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(09\)00432-X/pdf](http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(09)00432-X/pdf)
2. Coleman K, Austin B, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs*. [Internet]. 2010;79(7):530-8. [Access May 22 2015]. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.full.pdf+html>.
3. Schawab GL, Moysés ST, Kusma SZ, Ignácio SA, Moysés SJ. Percepção de inovação na atenção às doenças/ condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. *Saúde Debate*. [Internet]. 2014;38(esp.):307-18. [Access 15 jan 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0307.pdf>.
4. Narayan KMV. Type 2 diabetes: why we are winning the battle but losing the war? *Diabetes Care*. [Internet]. 2016;39:653-63. [Access May 20 2016]. Available from: <file:///C:/Users/Sony/Downloads/guerra.pdf>.
5. Wagner EH, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*. [Internet]. 2001;20(6):64-78. [Access Jan 11 2015]. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64.long>.
6. Frei A, Senn O, Chmiel C, Reissner J, Held U, Rosemann T. Implementation of the chronic care model in small medical practices improves cardiovascular risk but not glycemic control. *Diabetes Care*. [Internet]. 2014;37(4):1039-47. [Access Feb 23 2016]. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/4/1039.long>
7. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: OPAS; 2012. 512 p. [Acesso 20 mai 2013]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf).
8. Fiuza MLT, Lopes EM, Alexandre HO, Dantas PB, Galvão MTG, Pinheiro AKB. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. *Esc. Anna Nery*. [Internet]. 2013;17(4):740-8. [Acesso 20 jun 2014]. Disponível em: [http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=912](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=912).
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [Acesso 10 jan 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf).
10. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2013;22(1):36-42. [Acesso 15 out 2014]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf).
11. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referente à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores locais. *Saúde Debate*. [Internet]. 2015;39(104):9-17. [Acesso 15 jan 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00009.pdf>.
12. Maynard WHC, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2014;27(4):300-3. [Acesso 21 jan 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0300.pdf>.
13. Nugent LE, Carson M, Zammitt NN, Smith GD, Wallston KA. Health value & perceived control over health: behavioural constructs to support Type 2 diabetes self-management in clinical practice. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2015;24(15-16):2201-10. [Access Jan 11 2016]. Available from: <http://Internetlibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12878/full>.
14. Imazu MFM, Faria BN, Arruda GO, Sales CA, Marcon SS. Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015. [Access Oct 10 2015]; 23(2):200-207. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000200004&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200004&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/01041169.0247.2543>.

15. Hass L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Fisher EB. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*. [Internet] 2012;35 Suppl 1:2393-401. [Access Jan 11 2016]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4181074/>.
16. Klein HA, Jackson SM, Street K, Whitacre JC, Klein G. Diabetes self-management education: miles to go. *Nurs Res Pract*. [Internet]. 2013; [Access May 22 2015]; Available from: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/581012/>.
17. Bellenzani R, Santos AO, Paiva V. Agentes comunitários de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. [Internet]. 2012;21(3):637-50. [Acesso 15 jan 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/10.pdf>.
18. Morin E. Introdução ao pensamento complexo [Internet]. Porto Alegre: Sulina; 2006. 120 p. [Acesso 10 jan 2016]. Disponível em: [http://ruipaz.pro.br/textos/introducao\\_compexidade/files/publication.pdf](http://ruipaz.pro.br/textos/introducao_compexidade/files/publication.pdf).
19. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde Debate*. [Internet]. 2015;39(104):210-25. [Acesso 11 fev 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00210.pdf>.
20. Morel RJ, Salvá AR, Piñera AD, Acosta SB, Lorenzo IS, Vos P, Stuyft PV. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. *MEDISAN*. [Internet]. 2011;15(11):1611. [Acesso 10 Enero 2016]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_15\\_11\\_11/san121111.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_11_11/san121111.htm).

Recibido: 3.2.2016

Aceptado: 28.10.2016

---

Correspondencia:

Maria Aparecida Salci  
Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem  
Av. Colombo, 5790, Bloco 2, Sala 3  
Jardim Universitário  
CEP: 87020-900, Maringá, PR, Brasil  
E-mail: [masalci@uem.br](mailto:masalci@uem.br) / [cidinhasalci@hotmail.com](mailto:cidinhasalci@hotmail.com)

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.