

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

LARISSA VIANA ALMEIDA DE LIEBERENZ

**ASSISTÊNCIA À PESSOA COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

BELO HORIZONTE - MG

2020

LARISSA VIANA ALMEIDA DE LIEBERENZ

**ASSISTÊNCIA À PESSOA COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como critério para obtenção do título de mestre

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dra. Marília Alves.

BELO HORIZONTE - MG

2020

Lieberenz, Larissa Viana Almeida.
L716a Assistência à pessoa com condições crônicas na atenção
primária à saúde [manuscrito]. / Larissa Viana Almeida Lieberenz.
--Belo Horizonte: 2020.
127 f. : il.

Orientadora: Marília Alves
Área de concentração: Saúde e Enfermagem. Dissertação
(mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Doenças crônicas. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Equipe
multiprofissional. I. Alves, Marília. II Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 590

ATA DE NÚMERO 627 (SEISCENTOS E VINTE E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LARISSA VIANA ALMEIDA DE LIEBERENZ PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 19 (dezenove) dias do mês de março de dois mil e vinte, às 09:30 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", da aluna *Larissa Viana Almeida de Lieberenz*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: *Marília Alves* (orientadora), *Meiriele Tavares Araújo* e *Daniel Nogueira Cortez* (participou da sessão por videoconferência), sob a presidência da primeira. Abriado a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, *Patrícia Prata Salgado*, Servidora do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de março de 2020.

Prof. Dr.ª *Marília Alves*
Orientadora (Ese-EnFUFMG)

Prof. Dr.ª *Meiriele Tavares Araújo*
(EEUFMG)

Prof. Dr. *Daniel Nogueira Cortez*
(UPSJ)

Patrícia Prata Salgado
Servidora do Colegiado de Pós-Graduação

Marília Alves

Meiriele Tavares Araújo

Daniel Nogueira Cortez

Patrícia Prata Salgado

HOMOLOGADA em reunião do CPC
em 06 de 04 de 2020.

À minha família, mãe, pai, Ju, Thata, Moles, Lulu e Alexandre, por todo amor, carinho e paciência com que souberam compreender e suportar o tempo de dedicação a esta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Planos B sempre fizeram parte da minha vida e que bom foi assim, porque no plano A eu seria solteira, trabalharia num hospital de ponta, viajaria o mundo e ... e provavelmente eu não estaria sentindo a terça parte da alegria que sinto agora: rodeada de pessoas sensacionais, realizando um dos sonhos da minha vida. Sempre me disseram que a vida é feita de sonhos e eu nunca os deixei de lado, mas a realização dessa conquista só foi possível porque tenho ao meu lado os melhores. Eu nunca tive medo de planos B, na verdade eles transformaram tanto a minha vida que, quando eles veem é porque a mudança me prepara para alçar novos voos. Vocês são incríveis e agradeço muito a todos, por fazerem parte da minha história. Quando decidi deixar terras lusitanas para trás eu não imaginava que aí, seria meu recomeço e que poderia caber tamanha felicidade em mim. Assim...

Começo agradecendo Aquele que me permitiu estar aqui e me sustenta em todos os momentos: Ele pode ser chamado de DEUS, Pai, Emanuel... Eu sinto que Sua mão não me desamparou, e que Seu colo é refúgio, quantas vezes forem necessárias, e olha que não foram poucas! Sem palavras para descrever seu amor e seu cuidado por mim.

À minha família que esteve presente incondicionalmente ao meu lado, mesmo quando nem eu mesma estava ali. Pai, um dia quero ser forte e bondosa como o senhor. Mãe, se eu tiver 1% da sua fé e da sua determinação serei a pessoa mais realizada desse mundo, vocês dois são exemplos do que há de melhor, são meu porto seguro. Por isso é tão difícil sair de casa. Jú, além de ser o irmão protetor, renovou a força da vida, obrigada por Lulu... ele ainda nem sabe, mas ele é o amor da minha vida (te amo do tamanho de Deus né Tia?). Thata, eu não sei o que seria da minha vida sem você, sempre presente, prestativa, aquela que arruma solução para todas as coisas e tem o dom de unir a família. Moles, não é à toa que seu apelido vem de amor! Eu amo todos vocês sem medida!

À Alexandre que abriu mão da vida social nesse período de estudo, que tolerou meus lamentos e dificuldades, mas sempre acreditou em mim. E como todo mundo merece ser o favorito de alguém, você tem um espaço pra lá de especial no meu coração. Amo-te! E à Família Miranda que me acolheu e torceu por essa conquista, muito obrigada!

À tia Klênia e tia Nalde que são minhas outras mães, obrigada pelo apoio, pelas orações, por serem tão presentes! Vocês fazem a minha vida ser mais leve.

Às minhas amigas de jornada Dri, Gabi, Fernandinha, Karine, Lízia, Milene e Cel obrigada pelas palavras de conforto e carinho.

À Carla, amiga me faltam palavras para te agradecer, você é um dos grandes pilares da minha caminhada, sempre me encorajando a assumir desafios, a superar dificuldades e me acolhendo. Eu desejo que você seja sempre muito feliz. Vida longa à nossa amizade! Você é um presente de Deus!

Às amigas portuguesas, Marta e Rita, pela torcida e apoio. Mesmo longe, se fizeram presente e transmitiram carinho.

Às MARILETS, um grupo coeso, acolhedor, divertido e inteligente, como é bom estar com vocês! Tali e Moema, eu serei eternamente grata a vocês! À Nathy e Melissa como é bom poder contar com essas lindas!

Aos funcionários da FCV por me encorajarem a continuar! E aos meus alunos que deram um toque especial nessa caminhada: por vocês e por nós! Estamos juntos.

Aos professores de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, pelos conhecimentos partilhados e aos funcionários pela atenção e presteza.

À Secretaria de Saúde de Sete Lagoas pela anuência, aos profissionais da APS e gestores pela contribuição.

Agradeço ainda à banca examinadora, professora Dra Meiriele Araújo e professor Dr Daniel Cortez por dividirem o conhecimento e me instigarem a refletir mais sobre meu objeto de estudo.

É um agradecimento muito especial, repleto de admiração, carinho e respeito à Marília Alves, também conhecida como "Mãerilia". Mais que uma orientadora, você é uma mulher admirável. Com você aprendi a me conhecer, aprendi a guiar com serenidade, a ser exigente de forma acolhedora e a acreditar nas pessoas. Qualquer palavra é insuficiente para expressar minha gratidão pelo ser humano que você é! Quando digo que Deus cuidou de todos os detalhes, Ele começou por escolher você para me direcionar nessa caminhada! Obrigada!

“Quando o homem se levantou, as mãos perderam a função de sustentar e ganharam a função de pegar. Porque é justamente quando se perde a função que percebem que perder a sustentação não é nada, já que os pés dão conta. Mas ganhar as mãos nos tornou uma espécie que pode ser pianista ou então cirurgião. **Assim, perder isto ou aquilo implica em ganhar coisas extraordinárias**”

Michel Serres (“O Terceiro Instruído”)

RESUMO

LIEBERENZ, Larissa Viana Almeida de. **Assistência à pessoa com condições crônicas na atenção Primária à Saúde**. 2020. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – MG, 2020.

Contextualização do tema: Condições crônicas são aquelas que requerem cuidados continuados por um período de anos, apresentam múltiplas causas e que o tratamento envolva mudanças no estilo de vida e acompanhamento interdisciplinar. A transição demográfica está associada a um aumento da prevalência de condições crônicas e a uma maior necessidade de saúde da população. Além da mortalidade, as condições crônicas envolvem também perda significativa de qualidade de vida. Evidencia-se a necessidade de reorientar a atuação dos profissionais de saúde, fortalecer as estratégias de promoção da saúde e prevenção das complicações e organizar a rede de atenção às condições crônicas na perspectiva da integralidade do cuidado ao usuário. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) redefine a rede de atenção às condições crônicas, colocando a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado. **Questões norteadoras:** Como se configura o trabalho dos profissionais da ESF na assistência à pessoa com condições crônicas? Que condições de trabalho a gestão disponibiliza para a atenção a esses pacientes? **Justificativa:** Além da alta representatividade das condições crônicas na APS e a dificuldade em cumprir as diretrizes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, elaboradas pelo Ministério da Saúde, na literatura nacional e internacional, os estudos ainda são voltados para o acompanhamento de algumas condições crônicas específicas (doenças do aparelho cardiovascular, diabetes, entre outros) e raramente abordam aspectos organizacionais que dificultam ou facilitam a assistência às condições crônicas, em sentido amplo. **Objetivo:** Analisar o trabalho dos profissionais da ESF na atenção aos pacientes com condições crônicas, focalizando o apoio da gestão para a realização das ações. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso único, de natureza qualitativa, desenvolvido no contexto da APS com 19 profissionais de saúde da ESF e 6 gestores municipais de Sete Lagoas. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, observação não participante e análise documental, realizadas entre julho e outubro de 2019. As entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo Temática e tanto as observações quanto a análise documental enriqueceram o processo de análise. Foi utilizado o software MAXQDA®, versão 18.1 para a organização dos dados, codificação e apoio para análise. Foram construídas 3 categorias de análise, a saber: “Situação do paciente com condições crônicas na perspectiva dos profissionais”, “O paradoxo da invisibilidade do paciente com Condições Crônicas e o ideário da assistência aos usuários do SUS” e “A interface do trabalho organizacional e administrativo no contexto da cronicidade”. **Resultados e discussão:** A primeira categoria apresentou a compreensão das condições crônicas na APS, as intervenções realizadas para garantir a assistência à essas pessoas e a repercussão das condições crônicas para os profissionais da APS, incluindo o trabalho em equipe, além das intervenções de promoção à saúde e prevenção da doença e o incentivo ao autocuidado. A segunda categoria revelou que a maior demanda das ESF é de usuários com condições crônicas, no entanto, os pacientes agudos (tanto agudos como os crônicos que agudizam) ocupam a maior parte da agenda de atendimento dos profissionais da APS, o que dificulta o acesso dos pacientes crônicos à RAS e conseqüentemente falha na integralidade do cuidado,

evidenciando a invisibilidade das condições crônicas na APS. E a terceira categoria analisou a influência do trabalho administrativo e organizacional nas particularidades da assistência ao paciente crônico, destacando o processo de educação permanente e as fragilidades da gestão (falta de recursos, precariedade da estrutura física e pouca oferta de profissionais). **Considerações finais:** O atendimento dos profissionais estão direcionados para os pacientes agudos que procuram a ESF, sendo as condições crônicas ainda invisíveis. Além disso, existem desafios que ainda não foram superados, como problemas administrativos e de gestão. Sugere-se que para garantir a integralidade da assistência é necessário superar o modelo biomédico tradicional, alterando para um modelo contínuo, integral e proativo.

DESCRITORES: Doenças Crônicas; Atenção Primária à Saúde; Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

LIEBERENZ, Larissa Viana Almeida de **Assistance to patients with chronic conditions in Primary Health Care**. 2020. 127p. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais – MG, 2020.

Contextualization of the theme: Chronic conditions require continuous care over the years, they present multiple causes, and the treatment involves changes in lifestyle and interdisciplinary monitoring. The demographic change is associated with an increase in the prevalence of chronic conditions and, afterward, a greater need for health among the population. In addition to mortality, chronic conditions present a heavy burden of related morbidities, also involving significant loss of quality of life. The need to redirect health professionals' actions, strengthen strategies to promote health and prevent complications, and organize the care network for chronic conditions from the perspective of the completeness care for the user is evident. In this sense, the Ministry of Health redefines the care network for chronic conditions, placing the PHC as the coordinator of care. **Guiding questions:** How is the work of FHS professionals set up to assist patients with chronic conditions? What working conditions does the management provide for the care of patients with chronic conditions? **Justification:** high representativeness of chronic conditions in PHC and the difficulty in complying with the guidelines of the Care Model for Chronic Conditions, prepared by the Ministry of Health. Furthermore, in national and international literature, studies are still focused on the monitoring of some specific chronic conditions (diseases of the cardiovascular system, diabetes, among others) and rarely address organizational aspects that hinder or facilitate assistance to chronic conditions, in a broad sense. **Goals:** to analyze the work of FHS professionals in caring for patients with chronic conditions, focusing on management support for carrying out actions. **Methodology:** This is a single case study, of qualitative nature, developed in the context of FHS with 19 health professionals from the FHS and six municipal managers from Sete Lagoas. Data were collected through interviews with a semi-structured script, non-participant observation, and document analysis, carried out between July and October 2019. The interviews were submitted to Thematic Content Analysis and both the observations and the document analysis enriched the analysis process. MAXQDA® software, version 18.1 was used for data organization, coding, and support for the analysis. Three categories of analysis were built, to be precise: “The situation of the chronic condition carrier from the perspective of professionals”, “The paradox of invisibility of the patient with Chronic Conditions and the ideology of assistance to SUS users”, and “The interface of organizational and administrative work in the context of chronicity”. **Results and discussion:** The first category presented the understanding of chronic conditions in PHC, the interventions performed to ensure care for these people, and the repercussions of chronic conditions for PHC professionals, including teamwork, in addition to health promotion and prevention of diseases interventions, and encouraging self-care. The second category revealed that the greatest demand for the FHS is from users with chronic conditions; however, acute patients (both acute and chronic who aggravate) occupy most of the PHC professionals' schedule, which makes it difficult for chronic patients to access health care networks and consequently fails in the completeness of care, showing the invisibility of chronic conditions in PHC. And the third category analyzed the influence of administrative and organizational work on the particularities of chronic patient care, highlighting the process of continuing education and the weaknesses of management (lack of resources, precarious physical structure, and limited supply of professionals). **Final considerations:** Thus, it is

concluded that the care provided by professionals is aimed at acute patients seeking the FHS, with chronic conditions still invisible. Moreover, some challenges have not yet been overcome, such as administrative and management problems. It is suggested that to guarantee the completeness of care, it is necessary to overcome the traditional biomedical model and change to a continuous, complete and proactive model.

DESCRIPTORS: Chronic Diseases; Primary Health Care; Multiprofessional Team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	- O Modelo de Atenção Crônica.....	23
QUADRO 1	- Elementos do CCM.....	24
FIGURA 2	- O Modelo da Pirâmide de Riscos.....	26
FIGURA 3	- O Modelo da Determinação Social.....	27
FIGURA 4	- O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	28
QUADRO 2	- Principais políticas e diretrizes para acompanhamento do paciente crônico no Brasil.....	33
FIGURA 5	- Regiões ampliadas e regiões definidas pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG)	40
QUADRO 3	- Constituição dos participantes do estudo. Sete Lagoas, 2019....	45
QUADRO 4	- Planejamento Estratégico para manejo das condições crônicas na APS de Sete Lagoas – MG.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CCM	<i>Chronic Care Model</i> (Modelo de Cuidados Crônicos)
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEM	Centro de Especialidades Médicas
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes melitus
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de acompanhamento de Hipertensão e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MPR	Modelo da Pirâmide de Risco
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAS	Redes de Assistência à Saúde
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVO	23
3 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	24
3.1 O futuro é crônico	24
3.2 O modelo de atenção crônica	26
3.3 O modelo de atenção às condições crônicas	28
3.4 A estratégia de saúde da família como locus do cuidado ao paciente com condição crônica	34
4 PERCURSO METODOLÓGICO	42
4.1 Delineamento do estudo	42
4.2 Cenário de estudo	42
4.3 Participantes do estudo	44
4.4 Coleta de dados	44
4.5 Análise dos dados	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 Participantes do estudo	49
5.2 Situação da pessoa com condições crônicas na APS na perspectiva dos profissionais	51
5.2.1 A compreensão das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde	51
5.2.2 A elementar capacidade das ações para a prevenção primária e o suporte ao autocuidado.	63
5.3 O paradoxo da invisibilidade do paciente com Condições Crônicas e o ideário da assistência aos usuários do SUS	70
5.4 A interface do trabalho organizacional e administrativo no contexto da cronicidade	77
5.4.1 O processo de educação permanente em condições crônicas	78
5.4.2 Desafios (ainda) atuais da gestão na APS	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE A – Instrumento coleta de dados	109
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	110
APÊNDICE C – Plano de Intervenção	111
ANEXO A – Carta de autorização para pesquisa	117

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP.....	118
ANEXO C – Escala de Risco Familiar	123
ANEXO D – Escala de Framingham.....	127

APRESENTAÇÃO

Ao desenvolver um estudo, o pesquisador, revela em seu trabalho suas indagações, interesses e desejos pessoais. E dessa vez não foi diferente. Durante toda minha trajetória de vida tanto pessoal quanto profissional, as condições crônicas estavam presentes e eram determinantes no meu cuidado.

Desde a época da graduação, quando ainda estava nos estágios, eram as condições crônicas que sobrecarregavam o atendimento na atenção primária à saúde ou no hospital, não distante, as complicações mais graves que acompanhei eram oriundas da agudização dessas mesmas condições crônicas. E o fardo era dividido em três: o paciente, a família e a equipe de saúde. Assim, na tentativa de compreender como a condição crônica infantil influenciava no cotidiano das famílias, fiz minha monografia abordando esse tema e o resultado, mesmo passados 15 anos ainda me impactam: a família passa a viver a vida da criança doente, sendo a mulher a principal cuidadora e quem abdica de sua vida.

Após me formar, ingressei como enfermeira do então Programa de Saúde da Família (PSF), hoje conhecida como Estratégia de Saúde da Família (ESF), de um município no Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e esse sentimento da graduação com as condições crônicas potencializou-se. A organização da unidade de saúde, incluindo a agenda dos profissionais era tomada por atendimentos às pessoas com condições crônicas e, mesmo utilizando as melhores evidências para tratamento desses usuários, ainda tínhamos uma alta taxa de agudização e sequelas indesejadas.

Neste município a hanseníase era endêmica, e foi no acompanhamento dos pacientes com hanseníase que compreendi o sentido de realizar efetivamente a promoção da saúde. Cada caso suspeito, cada contato rastreado ou cada “dia da mancha”, ficava mais evidente que prevenir era a escolha mais acertada. Mas foi aí também que senti o impacto da gestão na assistência.

Após alguns anos retornei a Sete Lagoas para trabalhar na atenção primária do município, e para minha surpresa, as condições crônicas continuavam tendo alta prevalência na minha unidade. Com a experiência profissional que tinha e a implantação de alguns programas nesta ESF como acompanhamento do paciente hígido, a capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) na própria unidade e facilitar o acesso dos pacientes crônicos à assistência de enfermagem e médica

melhoraram o vínculo da comunidade com a equipe de saúde e com isso tivemos grandes avanços nos indicadores de saúde.

No entanto, no desejo de descobrir novas realidades, fui morar em Portugal. Pensei que, por ser um país europeu, as condições crônicas tivessem um acompanhamento diferenciado e que os pacientes crônicos tivessem uma melhor qualidade de vida. Mas esse pressuposto não foi confirmado. Por se tratar de um país com alto número de idosos, as condições crônicas eram ainda mais frequentes. Ao trabalhar em residências sêniores e na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) foi possível compreender que, mesmo tendo tecnologias mais avançadas e um corpo técnico bem preparado, ainda tinham grandes dificuldades na assistência integral à pessoa com condições crônicas. Muitas vezes sendo necessário retirar essa pessoa do convívio familiar para que o tratamento fizesse efeito.

Retornei ao Brasil e ingressei na docência e na supervisão de estágio na APS e, em cada unidade de saúde que passávamos, as condições crônicas estavam presentes impactando na rotina da equipe multiprofissional e a demanda dos enfermeiros para os acadêmicos eram sempre voltadas para esse público. Contudo, ao analisar a agenda desses locais, a maior parte dos atendimentos eram reservados para os pacientes agudos, haja vista as vagas destinadas às demandas do dia ou vagas de urgência.

Desta forma, ao ingressar na Pós-graduação encontrei a possibilidade de compreender como se configura o trabalho da equipe multiprofissional da APS na assistência ao paciente com condição crônica, para então propor novas formas de atuação e formação de novos enfermeiros.

1 INTRODUÇÃO

Neste início do século XXI, as condições crônicas são, nos cenários nacional e mundial, responsáveis pelo crescimento substantivo nos perfis de mortalidade e incapacidades funcionais, gerado por diversos fatores, que abarcam desde a globalização econômica, urbanização, questões de injustiça social, medidas políticas e sociais, assim como o envelhecimento da população (FURTADO; NÓBREGA, 2013). A relação direta entre envelhecimento, condições crônicas e multimorbidade é evidente, além disso, essas condições muitas vezes resultam em situações complexas de saúde que são difíceis de gerenciar, o que exigem um aumento nos recursos sociais e de saúde (CONTEL, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, p.15), estabeleceu o conceito de condições crônicas como “aquelas que requerem cuidados continuados por um período de anos ou décadas”, extrapolando o conceito clássico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (como insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, diabetes ou doença pulmonar obstrutiva crônica) para adicionar doenças transmissíveis, que teve seu curso transformado pelo avanço tecnológico tal qual o HIV-Aids, moléstias mentais (como depressão) e incapacidades não classificáveis como doenças, como problemas musculoesqueléticos e cegueira.

Em concordância com a OMS, o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014a), promulgou a Portaria nº 483/2014 que considera condições crônicas aquelas que “apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura”. Essa portaria também objetiva organizar as linhas do cuidado e atender às pessoas com condições crônicas, garantindo-lhes o acesso à promoção da saúde, prevenção de riscos e complicações, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos (ENGELA *et al.*, 2018).

A morte prematura (inferior a 70 anos) devido às DCNT continua como um dos principais obstáculos para o desenvolvimento no século XXI. A cada ano, essas doenças retiram a vida de cerca 15 milhões de homens e mulheres entre 30 e 70 anos, no mundo. Com uma população de 206 milhões de habitantes, o Brasil registra 928 mil mortes anuais por DCNT (WHO, 2017).

Além da mortalidade, as condições crônicas apresentam forte fardo de morbidades relacionadas, abrangendo também redução expressiva de qualidade de

vida. Outro fator importante é o impacto econômico que esta condição tem para o país, com gastos tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto por despesas em função do absenteísmo, do presenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa (MALTA *et al.*, 2015).

De acordo com Mendes (2018, p.432), “as condições crônicas devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo e com qualidade”. Por modificarem o padrão de necessidades da população, as condições crônicas constituem um dos grandes desafios para os sistemas de saúde, o que lhes exige uma estruturação sensível à produção da equidade e com competência para resolubilidade dos problemas, com a perspectiva do cuidado e não mais de cura (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Desta forma, políticas de saúde devem se adequar às constantes mudanças no perfil de saúde das populações. Contudo, na atualidade o SUS é um sistema que responde às demandas sociais com ações episódicas, reativas, voltadas, de modo primaz, para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas e se ordena de forma fragmentada, e portanto, esse tipo de assistência não tem diminuído a prevalência das condições crônicas, nem otimizado a qualidade de vida dos pacientes (MENDES, 2016).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2015), a solução ideal para a prevenção e o manejo eficiente das condições crônicas não é simplesmente ampliar os sistemas “tradicionais” de atenção à saúde, mas fortalecer e transformar esses sistemas para oferecer uma atenção mais competente e oportuna. A solução não é criar um sistema exclusivo para as condições crônicas, mas garantir que o sistema de saúde esteja preparado e equipado para oferecer atenção contínua de alta qualidade para os que necessitam.

Para efetivação da assistência, o MS propôs a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) nas Redes de Assistência à Saúde (RAS), enfatizando a necessidade de mudanças culturais na Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir dessa perspectiva, para solução dos obstáculos causados pelas condições crônicas, a organização da RAS tem se mostrado uma importante ferramenta, tanto no que diz respeito ao sistema nacional de saúde quanto em relação ao cuidado dessas pessoas (CHUEIRI *et al.*, 2014).

O MACC deve alicerçar-se nos seguintes elementos: diretrizes clínicas baseadas em evidência, sistema de identificação dos usuários, estratificação da população em subpopulações, registro dos portadores de condições de saúde por riscos, uso de prontuários eletrônicos com sistemas de alertas e feedbacks, plano de cuidado individual, autocuidado apoiado, ferramentas da gestão da clínica, coordenação da rede pela atenção primária à saúde (APS) e articulação com organizações comunitárias (DUARTE *et al.*, 2015). Para que haja uma relação entre pacientes motivados e informados e equipes de saúde proativas e preparadas, requer-se um sistema de saúde organizado e conectado aos recursos necessários na comunidade em geral (OPAS, 2015).

Nesse sentido, o MS preconiza a necessidade de redefinir a rede de atenção às condições crônicas, colocando a APS como coordenadora do cuidado (BRASIL, 2014a), uma vez que o trabalho dos profissionais de saúde devem ser reestruturado, na perspectiva do cuidado integral ao usuário.

A ESF é o esteio da APS, especialmente por estabelecer o modelo de assistência, por intermédio do trabalho de equipes multiprofissionais (MELO; WERNET; NAPOLEÃO, 2015). Estas devem estar vinculadas às ações e práticas de prevenção primária tanto na comunidade quanto no individual, o que objetiva melhorar a qualidade de vida e empoderamento crítico e construtivo (MAZZUCHELLO *et al.*, 2014). Tais atributos são imprescindíveis para o cuidado à saúde das pessoas com condições crônicas, pois as ações de promoção à saúde possibilitam um olhar sobre a doença, evitam a piora do quadro clínico e melhoram a qualidade de vida das pessoas e das famílias (GUEDES *et al.*, 2012).

As práticas de atuação das equipes da APS devem ser definidas, por estratégias que possam interferir no processo de saúde/doença da coletividade, estimulando o desenvolvimento da autonomia, coletiva e singular, assim como a qualidade de vida dos indivíduos. O planejamento das atividades deve acatar os critérios de ciclos de vida, morbidades e problemas de saúde demonstrando a importância de compreender o perfil populacional da população adscrita e atuar de maneira interdisciplinar (DIAS; GAMA; TAVARES, 2017).

Além do trabalho da equipe multidisciplinar, a gestão é determinante para a qualificação e a resolutividade na atenção em saúde. Os gestores municipais de saúde desempenham papel central neste processo, frente aos predicados de descentralização assumidos no país. Desse modo, cada município assume a

incumbência e a responsabilidade pela gestão de seu território e, para tanto, precisa controlar, planejar, estruturar, organizar, avaliar e executar a maioria dos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2017).

Entende-se que a assistência às pessoas com condições crônicas possui algumas particularidades que diferenciam da assistência ao paciente com condição aguda, e isto pode interferir na qualidade do cuidado prestado pela equipe e na integralidade da assistência. Sabe-se ainda, que o processo de transição demográfico-epidemiológica que acontece no Brasil nas últimas décadas aliado ao progresso da tecnologia na assistência à saúde, influencia de forma considerável o perfil de doença da população brasileira. Contudo, observa-se que os profissionais e os gestores do sistema de saúde ainda não possuem um plano efetivo de gerenciamento das condições crônicas que contemple autogestão e o apoio à família e à comunidade.

O interesse em desenvolver este trabalho partiu da minha experiência como supervisora de estágio na APS de um curso de graduação em enfermagem, na qual é possível perceber que, apesar da intensa carga de trabalho dos profissionais, a integralidade e a longitudinalidade não são alcançadas quando se trata de paciente com condições crônicas. Diferente da atenção às condições agudas, cujo acesso é rápido pela demanda espontânea e o processo de trabalho está baseado na intervenção imediata.

Esta percepção gerou inquietações, pois os profissionais consideram que acompanhar o paciente crônico é semelhante a “enxugar gelo”, ou seja, muito trabalho e pouco resultado. Diante disso, a compreensão da assistência às pessoas com condições crônicas na APS torna-se importante, tendo em vista a necessidade dos profissionais da equipe conhecerem e terem habilidades para oferecer cuidados a esses usuários, introduzindo mudanças em suas práticas. Também, compreender como os gestores podem contribuir na formulação de políticas que incentivem a qualidade da atenção e o fortalecimento da RAS.

Desta forma, surgem as seguintes indagações: como se configura o trabalho dos profissionais da ESF na assistência à pessoa com condições crônicas? Que condições de trabalho a gestão disponibiliza para a atenção a esses pacientes?

Adota-se, neste estudo, o pressuposto de que o trabalho na ESF é voltado para o atendimento ao paciente com condição aguda e que as diretrizes ainda são incipientes no cuidado ao paciente crônico.

Se, por um lado, as condições crônicas afetam diversos aspectos da trajetória e da qualidade de vida das pessoas, por outro lado, elas desafiam o sistema de saúde em relação ao foco das intervenções e em densidade e complexidade de atendimento. Assim, este estudo se justifica pela alta representatividade das condições crônicas na sociedade que podem ou não chegar à APS e pela dificuldade em cumprir as diretrizes do MACC elaboradas pelo MS. Ademais, na literatura nacional e internacional (FAGUNDES *et al.*, 2020; MCDOON *et al.*, 2020; DARBÀ; MARSÀ, 2020; ARAÚJO *et al.*, 2019; HUQUE *et al.*, 2018; SALCI; MEIRELES; SILVA, 2017), os estudos ainda são mais voltados para o acompanhamento de algumas condições crônicas específicas (doenças do aparelho cardiovascular e diabetes, doença mental, entre outras) e raramente abordam aspectos organizacionais que dificultam ou facilitam a assistência às condições crônicas, em sentido amplo.

Reconhece-se que existam políticas públicas e documentos oficiais do MS (nível macro) direcionadas para a população com condições crônicas, que definem estratégias para a organização dos serviços e estabelecem ações a serem desenvolvidas pelos profissionais (BRASIL, 2017; BRASIL, 2014a), mas pouco se conhece sobre o trabalho em diferentes realidades de municípios brasileiros, tendo em vista que a ESF assume configurações particulares de acordo com os contextos locais (nível micro). Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a reflexão de profissionais de saúde e gestores sobre aspectos importantes do trabalho na assistência à pessoa com condições crônicas, oferecendo subsídios para a organização e planejamento das ações de saúde voltadas a essas pessoas, especificamente na ESF. Assim, torna-se relevante a análise do trabalho dos profissionais na assistência ao paciente com condições crônicas na APS e as conjunturas em que é realizado.

2 OBJETIVO

Analisar o trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na atenção aos pacientes com condições crônicas, focalizando o apoio da gestão para a realização das ações.

3 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

Condições crônicas, modelos de atenção à saúde, estratégia de saúde da família e políticas de saúde

3.1 O futuro é crônico

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946, p.1), define saúde “como o estado completo de bem-estar físico, mental e social”. Um artigo do estudo *Global Burden of Disease* feito em 2013 sugere que apenas 4% da população mundial está livre de doenças. Assim, a saúde não é a norma, mas um estado anômalo e apenas uma pequena fração da população mundial poderia atender ao padrão da OMS. O principal culpado, de acordo com McGrail, Lavergne e Lewis (2016), é a condição crônica, que exige que os sistemas de saúde estejam cada vez mais focados em pessoas com essas condições.

As condições crônicas são problemas de saúde que necessitam acompanhamento ininterrupto por vários anos ou décadas. Nesse contexto, essas condições englobam um amplo conjunto de agravos que supostamente poderiam não ter nenhuma relação entre si. No entanto, doenças transmissíveis (HIV/AIDS) e não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer e diabetes) e incapacidades estruturais (amputações, cegueira e transtornos das articulações) ainda que aparentam ser diferentes, incluem-se na categoria de condições crônicas. Essas condições apresentam um ponto em comum: persistem e necessitam de um certo nível de cuidados contínuos (WHO 2002).

Ademais, as condições crônicas partilham alguns pontos críticos: crescem mundialmente e nenhuma nação está isenta ao impacto provocado por elas; caracterizam um importante desafio para os sistemas de saúde no que se refere à efetividade e eficiência e instigam nossas capacidades em organizar sistemas que resolvam as demandas imediatas; acarretam severos problemas sociais e econômicos e ameaçam os recursos da saúde em cada país em todas as regiões e só podem ser atenuados quando os governantes adotarem inovações e mudanças (MENDES, 2012).

Essas condições envolvem um grupo extenso de doenças e agravos à saúde diversos entre si, mas que se caracterizam pela longa duração, por impor limites à

vida das pessoas afetadas, por provocar dúvidas entre estas e seus cuidadores e por necessitar de intervenções em saúde, habitualmente realizadas pelos serviços, programas e políticas de saúde (CASTELLANOS *et al.*, 2015).

As condições crônicas afetam com maior intensidade a população com mais de 65 anos de idade e tem importante impacto nos com saúde. Pacientes com condições crônicas atualmente são responsáveis pela maioria das consultas na atenção primária e há uma estimativa de 84% do gasto total em saúde nos EUA. Não surpreende que os custos estejam relacionados ao número de condições crônicas. Ao comparar com pessoas sem condições crônicas, os custos são quase três vezes maiores para pessoas com uma condição, cinco vezes maior para aqueles com duas e oito vezes maiores para aqueles com três condições crônicas concomitantes (MCGRAIL; LAVERGNE; LEWIS, 2016).

Além disso, estudos recentes sugerem que o número de pessoas com doenças crônicas está aumentando mais rapidamente que o projetado (ROBERTS *et al.*, 2015). A combinação do aumento da prevalência e do custo do tratamento levou a um amplo consenso de que lidar e administrar condições crônicas é um dos maiores desafios que os sistemas de saúde enfrentam no mundo.

À medida que a prevalência de condições crônicas continua a aumentar na população, os países enfrentarão desafios ainda maiores na prestação de cuidados a essas pessoas. Medidas precisas, reproduzíveis e compreensíveis da ocorrência e do impacto das condições crônicas são uma parte importante da solução para esses desafios. Tais medidas podem ajudar a melhorar a vigilância, o planejamento, direcionar e avaliar intervenções e outras atividades essenciais. Dados mais precisos e confiáveis sobre condições crônicas são fundamentais para permitir que os sistemas e provedores de saúde os tenham como alvo, meçam e, finalmente, melhorem os resultados para a população (GOODMAN *et al.*, 2013).

A discussão mais pujante, na literatura internacional, a respeito dos modelos de atenção à saúde, se relaciona às condições crônicas. Conforme afirmam Barsanti e Guarneri (2020), o motivo reside no costume dos sistemas de atenção à saúde, pela própria evolução epidemiológica, de favorecer a atenção às condições e aos eventos agudos, mas esse modelo falhou substancialmente na assistência às condições crônicas. Portanto, modelos alternativos de cuidados que incluem uma combinação de estratégias precisam ser considerados. E dentre esses modelos encontra-se o

Chronic Care Model (CCM) (Modelo de Atenção Crônica), também conhecido como modelo seminal, pois é primeiro a ser criado com essa perspectiva.

3.2 O modelo de atenção crônica

O *Chronic Care Model* (CCM) foi desenvolvido por Wagner e colaboradores no *MacColl Institute for Health Innovation* de Seattle, Estados Unidos, na década de 1990, como uma maneira de melhorar o atendimento às doenças crônicas como doenças cardíacas, HAS, DM e doenças pulmonares, identificando componentes e estratégias críticas. Foi projetado para ajudar a melhorar as práticas e os resultados de saúde do paciente, alterando a prestação rotineira de atendimento ambulatorial por meio de seis alterações inter-relacionadas do sistema, destinadas a facilitar o atendimento centrado no paciente e baseado em evidências (WHO, 2002).

O objetivo do CCM é transformar o atendimento diário a pacientes com doenças crônicas de agudo e reativo para proativo, planejado e de base populacional. Ele foi projetado para atingir esses objetivos por meio de uma combinação de atendimento eficaz da equipe e interações planejadas; apoio à autogestão, reforçado pelo uso mais eficaz dos recursos da comunidade; suporte integrado a decisões; registros de pacientes e outras tecnologias de informação (TI). Esses elementos foram projetados para trabalhar juntos para fortalecer o relacionamento prestador-paciente e melhorar os resultados de saúde (WAGNER, 1998).

O CCM compõe-se de seis elementos (Figura 1), subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e à comunidade. O CCM identifica os elementos essenciais de um sistema de saúde que incentiva o atendimento de alta qualidade às doenças crônicas. Esses elementos são: a comunidade, sistema de saúde, apoio a autogestão, sistema de prestação de serviços, suporte às decisões e o sistema de informação clínica. Os conceitos de mudança baseados em evidências em cada elemento e em combinação, promovem interações produtivas entre pacientes informados que participam ativamente de seus cuidados e provedores com recursos e experiência.

FIGURA 1 - O Modelo de Atenção Crônica

Fonte: WAGNER, 1998

O CCM é dividido em dois grandes grupos (Quadro 1): o sistema de saúde que é composto por quatro elementos (organização da atenção à saúde, desenho da linha de cuidado, apoio a decisões clínicas, sistemas de informação clínica e no apoio ao autocuidado) e a comunidade que compreende o elemento recursos e políticas. Tendo como base interações produtivas entre paciente informado e empoderado e equipe de saúde preparada e proativa para produzirem melhores resultados de saúde (FURTADO; NÓBREGA, 2013).

O CCM foi projetado para basear-se nas inter-relações entre seis elementos baseados em evidências que levam à melhoria da qualidade clínica. Por exemplo, para que os pacientes participem de cuidados proativos (desenho do sistema de prestação de serviços), as práticas precisam ser capazes de visualizar todos os pacientes em seus painéis (sistemas de informações clínicas) que necessitam de certos tratamentos baseados em diretrizes (suporte à decisão), os pacientes devem concordar com quaisquer mudanças em seus cuidados e integrá-los em suas vidas (suporte de autogestão) (COLEMAN *et al.*, 2009).

QUADRO 1 - Elementos do CCM

ELEMENTO	DESCRIÇÃO
Organização da Atenção à Saúde	A entidade que deseja implementar o CCM deve ser composta por funcionários, líderes, operações, valores e objetivos da organização e pode variar de uma pequena prática familiar a um sistema de saúde integrado.
Sistemas de informação clínica	Precisa ter um banco de dados específico de doenças, prontamente acessível, de pacientes individuais e esse banco de dados deve alertar o provedor sobre os testes necessários e fornecer rastreamento. O sistema deve facilitar e promover o intercâmbio de informações entre prestadores e pacientes.
Apoio à decisão	Definido como diretrizes baseadas em evidências consistentes com evidências científicas e preferência do paciente. Essas diretrizes devem ser incorporadas à prática diária e devem ser compartilhadas com pacientes para incentivar a participação.
Desenho do sistema de prestação de serviços	Envolve como os serviços de atendimento são organizados e prestados por equipes. Esse elemento, geralmente é onde as inovações de atendimento são implementadas e representa importante oportunidade para melhorar a qualidade do atendimento e os resultados de saúde dos pacientes.
Autocuidado apoiado	Enfatiza o papel do paciente no gerenciamento da saúde. Técnicas estabelecidas de autogerenciamento, como o estabelecimento de objetivos mútuos e planejamento de ações, se concentram em vários métodos de ensino, como aulas em grupo, desenvolvimento de habilidades e comportamentos no estilo de vida.
Recursos da Comunidade	Envolve a vinculação e o uso de recursos da comunidade que apoiam o esforço de assistência médica. O uso de grupos de apoio baseados na igreja, programas de saúde da comunidade local, grupos de apoio na clínica e internet são intervenções comunitárias aceitáveis.

Fonte: Adaptado de GROVER; JOSHI, 2015

Experiências no uso do CCM para melhorar a qualidade dos cuidados com doenças crônicas se acumularam na última década. Embora não definitivas, as evidências publicadas sugerem que as práticas redesenhadas de acordo com o CCM geralmente melhoram a qualidade do atendimento e os resultados para pacientes com várias condições crônicas (DUNN; CONARD, 2018).

3.3 O modelo de atenção às condições crônicas

A proposta primária do CCM foi ajustada em vários países e conjunturas, suscitando diversos modelos derivados tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos (MENDES, 2011). A literatura internacional enfatiza os

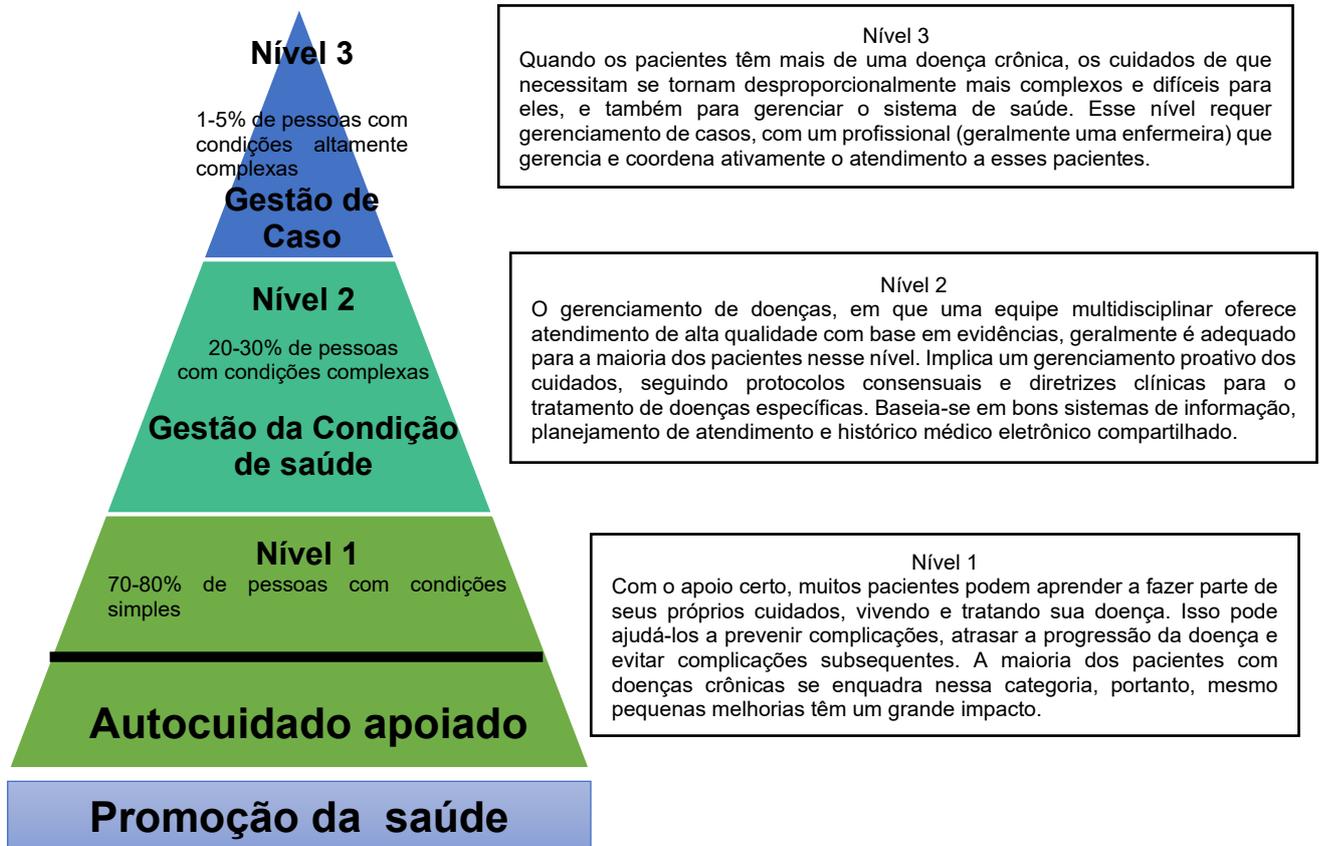
modelos de atenção à saúde e a singularidade do SUS o que proporcionou a Mendes (2011), desenvolver um modelo de atenção às condições crônicas (MACC) que conseguisse ser efetivado no sistema de saúde brasileiro.

Diversos são os motivos para o desenvolvimento do MACC, esse modelo fundamenta-se no CCM, mas acrescenta outros elementos para moldá-lo às especificidades do SUS. A razão é que o CCM foi arquitetado no sistema de atenção à saúde estadunidense, profundamente caracterizado pelos valores que definem a sociedade americana, entre outros a competitividade e o alto interesse, uma vez que se afastam dos princípios de cooperação e de solidariedade que devem estar presentes nos sistemas públicos universais (MENDES, 2012). Embora o fundamento do MACC seja o CCM, tal modelo de origem foi expandido, com o agrupamento de outros dois modelos – o modelo da pirâmide de risco (MPR) e o modelo da determinação social da saúde – para se adequar aos requisitos de um sistema de atenção à saúde universal e público como o SUS.

O MPR é caracterizado por uma abordagem para melhoria da saúde da população, atendimento integrado e uso de ferramentas inovadoras ligadas ao manejo da condição crônica. Esse modelo introduziu um amplo sistema para estratificar ou classificar pacientes crônicos, conhecido como Pirâmide da Kaiser, que identifica três níveis de intervenção de acordo com o grau de complexidade do paciente, a fim de adaptar a intensidade do atendimento às reais necessidades dos pacientes (NUÑO-SOLINIS, 2007).

Na base da pirâmide de Kaiser estão as pessoas saudáveis da população para quem as intervenções de prevenção e promoção da saúde são uma prioridade, tentando controlar os fatores de risco que podem levar os indivíduos às doenças crônicas. No primeiro nível, no qual está localizada a maioria dos pacientes crônicos, o interesse é direcionado à promoção do autocuidado, administração adequada de medicamentos e à educação em aspectos de saúde. No segundo nível, estão os pacientes crônicos complexos que podem se beneficiar de um programa de gerenciamento de doenças. No terceiro nível, existem pacientes identificados como muito complexos que requerem gerenciamento abrangente do caso como um todo e uma estrutura organizacional específica que lhes ofereça um serviço altamente personalizado, a gestão de caso, conforme apresenta a Figura 2 (SANTOS-RAMOS, 2012).

FIGURA 2 - O Modelo da Pirâmide de Riscos



Fonte: Adaptado de MENDES, 2012; SANTOS-RAMOS et al., 2012.

O Modelo da Determinação Social, proposto por Dahlgren e Whitehead em 1991, está estruturado em quatro níveis de políticas para intervenções em saúde pública, conforme figura 3. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), “os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (WHO, 2011, p.5).

Os usuários na base do modelo, possuem atributos singulares de fatores genéticos, sexo e idade que influenciam seu potencial e suas condições de saúde. Na camada subsequente estão presentes os estilos de vida e o comportamento dos indivíduos. O próximo nível evidencia a influência das redes comunitárias e de apoio que demonstra o nível de coesão social. Na categoria conseguinte estão concebidos a disponibilidade de alimentos, os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, indicando que as pessoas em desigualdade social correm riscos díspares, criado por condições habitacionais precárias, exposição a condições insalubres de

trabalho e reduzido acesso aos serviços. Por fim, no último nível estão localizados os macrodeterminantes relacionados às condições culturais, ambientais e econômicas da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (DALHGREN; WHITEHEAD, 1991).

FIGURA 3 - O Modelo da Determinação Social



Fonte: DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991.

O principal valor do diagrama tem o “objetivo declarado de sugerir níveis distintos de intervenção para a formulação de políticas de saúde” (DALHGREN e WHITEHEAD, 1991, p. 11). Essa função do modelo visa permitir que as agências de saúde pública atinjam todos os níveis de políticas relevantes ao abordar um problema de saúde específico. O diagrama não é apenas uma simplificação útil para a conceituação de determinantes da saúde; mas especificamente organizado de intervenções para promover saúde positiva e/ou reduzir doenças. Para resolver um problema de saúde específico; os profissionais de saúde precisam considerar cada um dos níveis de maneira consistente e evitar políticas contraditórias que operam em diferentes níveis (RICE; SARA, 2019).

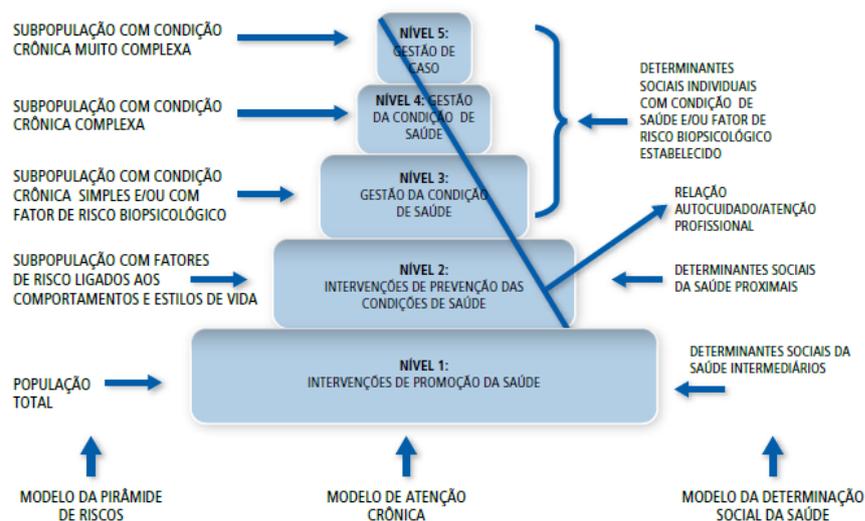
Admitindo-se o SUS como um sistema público de atenção à saúde com responsabilidades sobre populações e territórios, a gestão de base populacional exige um modelo que estratifique a população conforme os riscos, de modo que o MPR foi incorporado pelo MACC. Ademais, o SUS deve atuar em um cenário amplo de saúde que deriva dos princípios constitucionais e que acarreta a perspectiva da

determinação social da saúde. Isso levou à anexação do modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead, no MACC (MENDES, 2011).

Desta maneira, a ilustração do MACC é no formato piramidal em cinco níveis de cuidados, conforme figura 4. O MACC deve ser lido em três colunas:

Na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do modelo de determinação social saúde de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que se tratando de um modelo de atenção à saúde, não caberia, aqui, incluir os macrodeterminantes distais da saúde. Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica (MENDES, 2012, p.169).

FIGURA 4 - O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: MENDES, 2011.

O MACC é um modelo que se articula em 5 níveis, sendo o primeiro nível, o nível da promoção da saúde que face aos determinantes sociais da saúde intermediários, a partir de projetos de ações intersetoriais, é trabalhado a saúde em conjunto com a educação, saneamento básico, habitação, emprego e renda no sentido de promover a saúde. No entanto, cerca de 40% dessa população total apresentará algum determinante social proximal (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, entre outros) e necessitará de intervenções de prevenção das condições de saúde, que podem ser exemplificados como programa antitabágico, de orientação nutricional e alimentar, de atividades físicas, sendo essas ações nos três níveis: o macro com políticas públicas, o meso com as organizações

de saúde e da comunidade e o micro que é o nível dos serviços de saúde. Até o segundo nível do MACC não existe uma condição crônica de saúde estabelecida, mas a população já apresenta fatores de risco individuais biopsicológicos (MENDES, 2012).

No terceiro nível do MACC se encontram os determinantes sociais individuais com pelo menos uma condição crônica estabelecida e que estas condições sejam estratificadas, conforme o MPR. É importante estratificar os riscos porque os manejos clínicos nos diferentes estratos são completamente distintos e também a concentração dos cuidados dos profissionais são diferentes por estrato de risco. Neste nível temos condições crônicas mais complexas e menos complexas. As pessoas com condições crônicas menos complexas estabelecidas juntamente com os portadores de risco biopsicológico serão manipulados utilizando a tecnologia de gestão da clínica denominada Gestão das Condições de Saúde e tem como objetivo o autocuidado apoiado pelas equipes, sobretudo pela equipe de saúde da família. Sem autocuidado não há solução para condição crônica. A equipe deve elaborar junto com o paciente um plano de autocuidados, monitorar esse plano em conjunto e fornecer apoio técnico e material para que o plano de autocuidado seja efetivado (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

No quarto nível encontra-se os pacientes com condições crônicas mais complexas e são trabalhados com a gestão da condição de saúde. No entanto, nesse nível deverá existir um equilíbrio maior entre o autocuidado e o cuidado profissional. Haverá uma concentração maior do cuidado profissional nas pessoas com condições crônicas mais complexas (MENDES, 2011).

O quinto nível se estrutura para pacientes com condições crônicas altamente complexas, que atingem de 1 a 5% da população total e consomem mais de 60% dos recursos mundiais de um sistema de atenção à saúde. Essas pessoas demandam mais do serviço de saúde e exigem uma tecnologia de gestão da clínica denominada Gestão de Caso. Há neste nível alta concentração de cuidado profissional (MENDES, 2011).

Ainda na Figura 4, a linha transversal que trespasa o desenho, desde o nível 2 até o nível 5, retrata uma divisão relativa à natureza da atenção à saúde. Os elementos acima dessa linha concebem, substancialmente, a atenção profissional, e o que se encontra abaixo dessa linha representa o autocuidado apoiado, prioritariamente. Desta forma, o MACC alia as evidências derivadas, da pirâmide de

riscos da Kaiser Permanente. Assim, o autocuidado apoiado vai operar mais fortemente no nível 3, no nível 4, ocorre atuação equilibrada entre o autocuidado apoiado e atenção profissional. E finalmente no nível 5, há uma intensa concentração da atenção profissional (MENDES, 2012).

3.4 A estratégia de saúde da família como locus do cuidado ao paciente com condição crônica

A APS é uma estratégia de organização da atenção à saúde, que oferece entrada aos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e traz, na base, princípios que visam promoção da saúde e prevenção de agravos. Mendes (2015) aborda que, para o bom funcionamento da APS, precisam estar interligados os atributos propostos pela Carta de Alma Ata em 1978 (OMS/UNICEF, 1978), que propunha os cuidados primários como cruciais, devendo ser priorizados na assistência à saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O desenvolvimento do conceito de “saúde para todos”, previsto na Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988), esteve associado a grandes ciclos de políticas públicas para atender às necessidades da população. Devido a essas preocupações, a agenda do SUS passou por mudanças radicais para adotar as políticas públicas da APS como opção estratégica para aumentar a efetividade da assistência à saúde (COSTA, 2016).

Na tentativa de cumprimento ao acordado na Conferência de Alma Ata (ALMA-ATA, 1978) e na CF (BRASIL, 1988), o governo brasileiro elabora, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de ESF que veio como asserção para estruturação e organização da APS (BRASIL, 2007). Além disso, a ESF introduziu características estratégicas fundamentais, como mudanças nos mecanismos de remuneração das ações em saúde, nas formas de organização dos serviços, nas práticas de cuidado em nível local e, conseqüentemente, no processo de descentralização (SILVA; BAITELLO; FRACIOLLI, 2015).

A ESF é um programa geográfico e comunitário que fortalece o relacionamento entre profissionais e pacientes. Representou uma mudança no modelo de saúde pública quando passou de curativo para preventivo. De acordo com a ESF, as famílias são o foco de políticas públicas de saúde que devem abranger a APS a todos os grupos populacionais (ANDRADE *et al.*, 2019).

Diante do crescimento das condições crônicas no Brasil e do desafio que essas doenças são para os sistemas de saúde, por modificarem o padrão de necessidades da população não mais na perspectiva da cura, mas do cuidado (RODRIGUES *et al.*, 2014), faz-se mandatório novas maneira de integração dos sistemas de saúde para o embate desta nova realidade social, uma vez que a APS tem a função basilar de atuar nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle das condições crônicas, usuáricentrada de forma integral (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Além disso, é necessário a APS operar como coordenadora do cuidado, de forma a promover atenção à saúde de qualidade e amparando no acompanhamento das demandas e necessidades de saúde das pessoas, segundo preconiza o modelo de atenção centrado nas condições crônicas de saúde (BRASIL, 2013a). Para assumir papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde, a coordenação das RAS pela APS deve orientar o cuidado no decorrer de todos os níveis de atenção.

Admite-se que, a coordenação de cuidados é “uma articulação harmoniosa entre diferentes profissionais e serviços de saúde, que tem por objetivo comum garantir uma atenção integral e de qualidade aos usuários, de acordo com suas necessidades” (BOUSQUAT *et al.*, 2017a). A falta de coordenação do cuidado é indicada como uma das causas centrais da redução da qualidade da atenção, associada a duplicação e sobreutilização de procedimentos diagnósticos, maiores custos, uso de diversos medicamentos e planos terapêuticos contraditórios, sendo as condições crônicas mais susceptíveis aos efeitos negativos (ALMEIDA; SANTOS, 2016).

Os sistemas de saúde universais estão enfatizando cada vez mais equipes interdisciplinares para prestar atenção primária. As equipes de atenção primária interdisciplinares são compostas por profissionais de saúde de diferentes disciplinas trabalhando juntos em busca de objetivos comuns. Essa abordagem é compreendida como adequada para atender às necessidades de saúde das populações através da criação de opções abrangentes de assistência, maior continuidade e coordenação dos cuidados (WRANIK *et al.*, 2016).

As ESF dispõem de uma equipe multidisciplinar capacitada para cumprir os objetivos propostos pela Lei 8.080 que regulamenta o SUS, realizando o acolhimento das demandas espontâneas e da população adscrita, além de conduzir as condições crônicas (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016). As equipes de saúde da família são compostas pela equipe mínima: médico generalista, enfermeiro de preferência

capacitado para atuar na saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Ou podem ser constituídos pela equipe ampliada, que além dos profissionais citados, podem ter cirurgião-dentista e técnico de saúde bucal. Ambas podem receber apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2017).

3.5 Políticas públicas nacionais para o cuidado dos paciente com condições crônicas

No Brasil, as necessidades de saúde pública são atendidas por um sistema de saúde unificado, que visa oferecer atendimento gratuito e público a todos os cidadãos, independentemente de suas características sociais, demográficas ou étnicas. Este sistema foi instituído em 1990 pela Lei nº 8.080 que dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

O SUS é parte do sistema de seguridade social brasileiro, que garante saúde, bem-estar e assistência social e prioriza cobertura e tratamento universal para toda a população. Seus serviços integram uma rede regionalizada e hierárquica organizada em cada nível de governo (municipal, estadual e federal), de acordo com os princípios de descentralização e atendimento integrado (BRASIL, 1988). As ações e serviços promovem medidas curativas e preventivas e garantem a participação da comunidade por meio de conferências e conselhos de saúde (COELHO, 2010; FIGUEIREDO, *et al.*, 2018).

O SUS tem a responsabilidade de resolver problemas de saúde pública e garantir ações de cuidado integral aos pacientes crônicos, sendo este um desafio que o sistema enfrenta. Para assegurar essa integralidade e longitudinalidade, o governo federal aprovou políticas e diretrizes para organizar o cuidado. As principais políticas encontram-se listadas do Quadro 2:

QUADRO 2 - Principais políticas e diretrizes para acompanhamento do paciente crônico no Brasil

POLÍTICA/DIRETRIZ	ANO	OBJETIVO
Pacto pela Saúde	2006	Divulgar o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão
Política Nacional de Promoção da Saúde	2006	Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais
Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência	2008	Desencadear e fortalecer ações de cuidado integral aos pacientes com DCNT que sejam sinérgicas, sustentáveis e respeitem as especificidades de cada região de saúde.
Portaria nº 4.279	2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022	2011	Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços voltados às doenças crônicas.
Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias	2013	Estabelecer as diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, assim como a subsidiar a organização dessa rede e definir conceitos para a organização.
Portaria nº 483	2014	Redefinir a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.
Cadernos de Atenção Básica, nº 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica	2014	Qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação.
Portaria nº 2.436	2017	Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, baseado nas políticas públicas nacionais.

Assim, em 2006, foram estabelecidas as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, nas três esferas do governo, e contemplavam três elementos: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, nas três esferas do governo. De acordo com

os gestores do SUS, são focos nacionais prioritários: a saúde do idoso; o controle do câncer de colo uterino e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e às endemias, com ênfase para dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

No Art. 4º do Pacto de Gestão, o trabalho no SUS deve:

ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação” (BRASIL, 2006).

Além disso, consolida a ESF como modelo de atenção básica à saúde e centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

O aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação da ESF; a promoção, informação e educação em saúde, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento, se encontram entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o desafio posto para o gestor federal do SUS recai em propor uma política transversal, intersetorial e integrada, que permita dialogar as muitas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, engendrando redes de corresponsabilidade e compromisso no tocante à qualidade de vida da população em que haja uma participação ativa de todos no cuidado com a saúde. A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) corrobora o compromisso da gestão do MS na qualificação e ampliação das atividades de gestão e promoção da saúde nos serviços do SUS (BRASIL, 2010b).

O conceito de Promoção da Saúde recuperado conceito ampliado de saúde e requer que se trabalhe todos os DSS que interferem na qualidade de vida das pessoas. É uma política de natureza intersetorial e multidisciplinar. A PNPS foi criada em 2006, reformulada em 2014 e republicada em 2017, e tem por objetivo consolidar, coordenar e implementar todos os assuntos relacionados a promoção da saúde e tem como eixos operacionais, principalmente, a territorialização, a articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial, a RAS, a participação e controle social, a

educação, a informação, a vigilância, monitoramento e avaliação, a produção e disseminação de conceitos e saberes, a comunicação social e mídia (BRASIL, 2018).

Estudo de Malta *et al.* (2018) sobre perspectiva de resultados, avanços e desafios em tempos de crise da PNPS, delinea progressos no confronto ao uso do tabaco e derivados; atividades físicas e práticas corporais; alimentação adequada e saudável; enfrentamento do uso excessivo de álcool e outras drogas; desenvolvimento sustentável; promoção da cultura da paz e de direitos humanos e a promoção da mobilidade sustentável e segura. Contudo, essas evoluções se veem ameaçadas dada à grave crise econômica, política e institucional que recaiu sobre o país, principalmente nos cortes dos orçamentos para as próximas duas décadas, com a Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016), desenhando um cenário futuro de incertezas e requerendo uma atenção voltada para permanência da higidez do cidadão.

Esses pontos são fundamentais na gestão das condições crônicas e foram imprescindíveis para elaboração das Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de DCNT, Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência, elaborado pelo MS (BRASIL, 2011). Esse documento tem como propósito desencadear e fortalecer ações de cuidado integral aos pacientes com DCNT que sejam sustentáveis, colaborativas e respeitem as particularidades de cada região de saúde. Apresenta como diretrizes: Fortalecimento dos Sistemas de Vigilância em Saúde para o Cuidado Integral de DCNT, Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde no Cuidado Integral de DCNT, Fortalecimento e Reorientação dos Sistemas de Saúde para o Cuidado Integral de DCNT (incluindo o controle integrado, a ação integrada com outros setores, tomada de decisão baseada em evidências científicas) e Monitoramento e Avaliação (BRASIL, 2011).

Para que as recomendações e diretrizes para a integralidade do cuidado de DCNT sejam concretizadas, estruturou-se a RAS, através da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 e pode ser definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a).

A APS deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de acompanhar as doenças/agravos de maior prevalência, por meio da

implantação de tecnologias de gestão da clínica, tais como a gestão de patologias e as diretrizes clínicas (BRASIL, 2010a).

Na tentativa de, nos próximos anos, reduzir e enfrentar as DCNT, foi estruturado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, no período de 2011-2022, pelo MS (BRASIL, 2011). Tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. O Plano abrange os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, diabetes, respiratórias crônicas e câncer) e seus fatores de risco em comum (inatividade física, tabagismo, alimentação não saudável, obesidade e álcool) e define diretrizes e ações em: “a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral” (BRASIL, 2011).

Ainda como resposta ao desafio das DCNT, o MS tem implementado políticas de enfrentamento dessas doenças, entre elas as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013b) e espera-se que a mesma seja utilizada como instrumento de suporte para o gestor, colaborando para a construção, o fortalecimento a organização das RAS.

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas foi instituída pela Portaria n° 252, de 19 de fevereiro de 2013, e redefinida pela Portaria n°483, de 1° de abril de 2014 (BRASIL, 2014a), tendo como finalidade:

Art. 3º [...] Realizar atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2013b).

E como objetivo geral:

Art. 5º [...] Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas implicações (BRASIL, 2013b).

Essa diretriz prevê para a organização do processo de trabalho: o acolhimento, gestão centrada na pessoa e na família, cuidado continuado/ atenção programada,

projeto terapêutico singular, regulação da Rede de Atenção, apoio matricial, acompanhamento não presencial, atendimento coletivo, utilização de linhas de cuidado e diretrizes clínicas, a estratificação de risco e a educação permanente (BRASIL, 2013b).

Ao coordenar o cuidado, espera-se que a APS seja qualificada para garantir o cuidado contínuo à população, consolidando vínculos entre os pontos de atenção e os usuários, o que é basilar para a atenção à saúde integral doente crônica. E para que integralidade seja avançada, o MS aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria nº 2.436, em 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito SUS (BRASIL, 2017).

Nesta portaria, o MS afirma que o lócus de atendimento da APS é a Unidade Básica de Saúde (UBS) e neste ponto de atenção deve-se ter: educação, pesquisa, formação de recursos humanos, ensino em serviço, avaliação tecnológica e inovação. E apresenta como diretrizes: “regionalização e hierarquização, territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede e participação da comunidade”. Essas diretrizes devem permitir que a APS seja o centro de comunicação e a principal porta de entrada da RAS e ainda permitir a integração da APS com a vigilância em saúde com a APS. O arcabouço instituído pela portaria é regido pelos princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2017).

Políticas públicas eficazes para garantir a qualidade da assistência representam um elemento primordial na prevenção das condições crônicas. Nesse interim, as políticas públicas de saúde necessitam ter como objetivo identificar os determinantes sociais da saúde, as necessidades e direitos dos indivíduos e grupos vulneráveis, promover a abrangência e o acesso aos sistemas de saúde e eliminar a discriminação e a desigualdade (BRASIL, 2008b).

É responsabilidade da administração pública implementar políticas eficientes, imediatas e que envolvam todos os setores da RAS, o que possibilitará aos profissionais dos serviços de saúde responderem em tempo hábil às demandas de população. Também é importante fornecer serviços de saúde com profissionais capazes de intervir em casos que requerem atenção específica. Enfim, tais políticas devem ser adequadas às realidades de cada região de saúde e geridas pela ótica da integralidade (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento do estudo

Tratar-se de um estudo de caso único, de natureza qualitativa. O estudo dessa natureza possibilita compreender o objeto em seu contexto, considerando seus condicionantes. A pesquisa qualitativa possibilita aproximar-se da realidade, uma vez que trabalha com o universo de motivações, significados, crenças, atitudes, e crenças, o que equivale a um espaço mais profundo dos processos, das relações, e dos fenômenos (MINAYO, 2012). Assim, essa abordagem permite desvelar o objeto de estudo trabalho da equipe multiprofissional na assistência às pessoas com condições crônicas.

Tendo em vista que o estudo de caso considera a investigação do fenômeno em seu contexto real, especialmente quando “[...] os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos e aponta a necessidade de utilizar o estudo de caso para a compreensão de fenômenos sociais complexos” (YIN, 2015, p. 6), essa estratégia de pesquisa se reafirma como escolha para elucidar o trabalho dos profissionais da APS na atenção às condições crônicas.

Foi utilizado o estudo de caso único, que permitiu perceber a realidade com um olhar singular, em que o objeto estudado é tratado como único em uma realidade multidimensional, e utilizará como fontes de dados entrevista, análise documental e observação livre dos cenários de prática.

4.2 Cenário de estudo

Este estudo foi desenvolvido no contexto da APS, com profissionais da ESF do município de Sete Lagoas - MG. O município de Sete Lagoas, localiza-se na região central do estado de Minas Gerais e possui população estimada de 214.152 pessoas (IBGE, 2018). Sete Lagoas é o município polo da macrorregião complementar de saúde de Sete Lagoas, composta por mais 23 municípios, a saber, Abaeté, Araçaí, Baldim, Biquinhas, Cachoeira da Prata, Caetanópolis, Capim Branco, Cedro do Abaeté, Cordisburgo, Fortuna de Minas, Funilândia, Inhaúma, Jequitibá, Maravilhas, Morada Nova de Minas, Paineiras, Papagaios, Paraopeba, Pequi, Pompéu, Prudente

Optou-se por realizar o estudo com profissionais das ESF's da região da Lagoa Grande I por apresentar maior número de pessoas hipertensas e diabéticas, considerando que não há dados estatísticos sobre pessoas com condições crônicas pelo MS.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo 19 profissionais da equipe de saúde da família mínima, ou seja, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, ACS, selecionados por meio de sorteio dos profissionais da escala e 06 gestores da Secretaria Municipal de saúde (SMS), como informantes chave, totalizando 25 entrevistados. Foram critérios de inclusão para os profissionais de saúde: profissionais que tenham um mínimo de 6 (seis) meses de atuação na ESF por deter informações essenciais do atendimento aos pacientes com condições crônicas. E como critérios de exclusão: profissionais que estiverem afastados por qualquer motivo à época da coleta de dados. Quanto aos informantes chave da gestão municipal, foram inclusos secretário de saúde, subsecretário de saúde, coordenador da APS e os gerentes distritais. Ressalta-se que, para os informantes chave não foi utilizado tempo de atuação. A APS do município de Sete Lagoas possui atualmente 63 enfermeiros, 58 médicos, 92 técnicos de enfermagem e 285 ACS.

4.4 Coleta de dados

Uma das etapas determinantes em pesquisas é a definição das técnicas de coleta de dados (CÂMARA, 2013). Para a coleta de dados foram utilizados entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), análise documental e observação não participante, realizadas entre julho e outubro de 2019.

O roteiro semiestruturado possibilita ao pesquisador participar ativamente no processo de entrevista, no qual permite extrapolar as questões pré-estabelecidas, em um diálogo direcionado. Permite que o entrevistado discorra sobre o tema além das condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2012), se julgar que tem uma informação importante.

Foi realizado teste piloto com profissionais de duas ESF distintas, pertencentes a outra região de saúde que não a estudada, visando testar o roteiro de entrevista para avaliar se o instrumento estava compreensível para os sujeitos da pesquisa e se permitiam alcançar o objetivo do estudo. A entrevista resultante do estudo piloto foi descartada após cumprir seu objetivo.

No que tange à observação, de acordo Yin (2015), a mesma permite ao pesquisador adquirir informações de demandas que perpassam o cotidiano, o que permite o registro de informações adicionais sobre o objeto estudado. Trata-se de uma técnica direta, uma vez que os informantes estão em contato com o pesquisador, e, juntamente a isso, é uma observação não dirigida, haja vista que a observação da realidade é o foco final e o pesquisador não intervêm na situação observada (JACCOUD; MAYER, 2014).

As observações foram registradas em um diário de campo, que trata-se de um instrumento adequado para registro de informações que não sejam as entrevistas, e que podem incluir observações sobre conversas informais, atitudes, comportamentos, expressões, gestos ou outras questões relevantes a respeito do objeto estudado (MINAYO, 2010). Neste estudo, as observações foram realizadas sem roteiro prévio, tanto nas ocasiões de realização das entrevistas com os profissionais de equipes de Saúde da Família como em dias aleatórios. Os registros das observações no diário de campo foram identificados como “notas de observação (NO)” de aspectos relevantes ao objeto de estudo.

Foi utilizada, também, análise documental das políticas públicas que contemplem a assistência às pessoas com condições crônicas e normas e diretrizes municipais, sobre o tema. A análise documental foi realizada antes das entrevistas. A observação de campo foi realizada nos locais de trabalho dos profissionais (ESF) no período das entrevistas e registradas em diário de campo.

O critério utilizado para finalizar as entrevistas dos profissionais de saúde foi o de saturação teórica. A coleta foi interrompida quando o pesquisador verificou a repetição das informações. Essa técnica visou interromper a coleta dados quando as entrevistas realizadas começaram a apresentar os mesmos padrões de resposta (FONTANELAS; RICAS; TURATO, 2016). De acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta bastante utilizada em pesquisas desenvolvidas no campo da saúde. Utilizou-se a avaliação entre as pesquisadoras para determinar a saturação: a 1ª autora que conduziu as entrevistas

anunciou quando considerou ter sido atingida a saturação; a 2ª autora leu as entrevistas e indicou a sua concordância, não sendo considerado relevante dar continuidade à coleta de dados, dada a reincidência dos dados.

Inicialmente contactou-se a SMS para obtenção de autorização para realização da pesquisa (Carta de Anuência – Anexo A), obtenção da lista e forma de contato com os profissionais. A seguir os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e, depois de explicitado seus objetivos, foi agendado dia e horário de acordo com a disponibilidade dos mesmos, em seus locais de trabalho. As entrevistas foram realizadas pela primeira pesquisadora, tiveram duração média de 36 minutos com profissionais da ESF e 28 minutos com gestores municipais. Os participantes do estudo para serem entrevistados, aceitaram participar do estudo, autorizaram a gravação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

4.5 Análise dos dados

A análise procedeu seguindo-se as etapas de transcrição das entrevistas audiogravadas, desenvolvimento de um sistema de códigos, leitura e codificação das entrevistas. Foi utilizado o software MAXQDA®, versão 18.1 para a organização dos dados, codificação e apoio para análise. Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2016). Para isso, foram seguidas as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

Na 1ª fase, realizou-se a Pré-análise ou Leitura flutuante: o primeiro contato com os documentos que consiste em conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões; a leitura vai se tornando mais precisa; Preparação do material: as notas da observação registradas no diário de campo e as entrevistas constituem o “corpus da pesquisa”: conjunto de documentos para serem submetidos aos processos analíticos.

Na 2ª fase, realizou-se a exploração do material: Codificação: “tratar o material é codificá-lo” (BARDIN, 2016). A codificação corresponde à transformação dos dados brutos do texto que consiste no recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão.

Na 3ª fase, ocorre o tratamento e a interpretação dos dados obtidos: os resultados brutos são tratados de maneira a ser significantes e válidos (BARDIN, 2016). A análise de conteúdo das entrevistas e da análise documental foi enriquecida com o material das observações, articulando dados empíricos e referenciais teóricos, respondendo às questões da pesquisa. Após concluir as codificações, elas foram revisadas, buscando-se verificar a homogeneidade dos temas que compunham cada um dos códigos e também a sua heterogeneidade quando comparadas entre si. As notas de observações foram utilizadas para descrever o contexto e as situações circunstanciais e para enriquecimento da análise das entrevistas.

Foram construídas 3 categorias de análise, a saber: Situação da pessoa com condições crônicas na perspectiva dos profissionais, A complexidade do cuidado do paciente com condição crônica e Desafios para o cuidado integral da cronicidade

4.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos da pesquisa estarão em conformidade com as Resoluções nº 466, de 2012, a qual estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

À instituição (Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas) autorizou a realização da pesquisa por meio da carta de anuência (ANEXO A) e a coleta de dados iniciou após o consentimento desta e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da UFMG (Parecer Nº 3.342.456) (ANEXO B), ressalta-se que a SMS do município de Sete Lagoas não possui Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Os participantes que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Esse termo assegura o anonimato e garante a utilização das informações obtidas apenas para fins científicos. Os participantes ficaram livres para abandonar a pesquisa em qualquer etapa e solicitar a qualquer momento informações acerca do estudo. O anonimato dos participantes foi assegurado e mantida a privacidade dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os dados referentes a esta pesquisa estão mantidos em arquivo confidencial, sob a responsabilidade das pesquisadoras, por cinco anos, e após este período serão destruídos.

Para manter o anonimato dos participantes, optou-se por códigos E1, E2, E3, e assim sucessivamente, estabelecidos de acordo com a sequência das entrevistas. A participação dos profissionais e gestores ocorreu de forma voluntária e todas as informações a respeito do estudo serão apresentadas. Aqueles que aceitaram participar não terão nenhum tipo de ganho financeiro.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo, serão apresentadas as categorias construídas a partir da triangulação das informações obtidas das entrevistas individuais, da análise documental e da observação não participante, concernentes à assistência aos pacientes com condições crônicas na APS.

5.1 Participantes do estudo

Inicialmente optou-se por apresentar os participantes da pesquisa, por categoria profissional, conforme mostrado no quadro 3 a seguir. Essas informações nos auxiliam no entendimento do contexto vivido por cada um desses profissionais.

QUADRO 3 - Constituição dos participantes do estudo. Sete Lagoas, 2019.

Numeração das entrevistas	Função	Tempo de serviço neste cargo	Sexo	Escolaridade
01	Enfermeira	156 meses	Feminino	Mestrado
02	Enfermeira	12 meses	Feminino	Especialização
03	Médica	12 meses	Feminino	Graduação
04	ACS	24 meses	Feminino	Ensino médio
05	Téc Enf	06 meses	Feminino	Ensino médio
06	Enfermeira	07 meses	Feminino	Mestrado
07	ACS	60 meses	Feminino	Ensino médio
08	Téc Enf	48 meses	Feminino	Ensino médio
09	ACS	60 meses	Feminino	Ensino médio
10	Enfermeira	72 meses	Feminino	Especialização
11	Médica	07 meses	Feminino	Residência
12	ACS	12 meses	Feminino	Ensino médio
13	Téc Enf	72 meses	Feminino	Ensino médio
14	Téc Enf	12 meses	Feminino	Graduação
15	ACS	72 meses	Feminino	Ensino médio
16	Enfermeiro	24 meses	Masculino	Especialização
17	Téc Enf	60 meses	Feminino	Ensino médio
18	Médico	144 meses	Masculino	Especialização
19	Enfermeira	24 meses	Feminino	Graduação
20	Gestor	04 meses	Masculino	Especialização
21	Gestor	04 meses	Masculino	Especialização
22	Gestora	05 meses	Feminino	Especialização
23	Gestora	04 meses	Feminino	Especialização
24	Gestora	08 meses	Feminino	Especialização
25	Gestora	04 meses	Feminino	Graduação
MÉDIA		36 meses	66,7% (F) 33,3%(M)	

Fonte: Arquivo da pesquisa.

Conforme apresentado no quadro 3, participaram da pesquisa 19 profissionais de saúde, sendo enfermeiros (31,6%), médicos (15,8%), técnicos em enfermagem (26,3%) e ACS (26,3%) e 6 gestores, tendo o grupo de profissionais da ESF idade média (39 anos) superior do que o grupo de gestores (35,2 anos).

A maioria dos participantes era do sexo feminino (85,7% no grupo dos profissionais da ESF e 66,7% no grupo dos gestores), esse achado corrobora com os resultados encontrados por Lima *et al.* (2016), sobre o perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família, em um município do Espírito Santo, onde também prevaleceu o sexo feminino (84% dos profissionais). A feminização entre os profissionais da ESF é compatível com a literatura, que revela uma tendência da feminização das profissões da área da saúde e, por consequência, dos profissionais da ESF (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

Quanto ao tempo de atuação na APS o grupo de profissionais trabalhava na mesma ESF há mais de 4 anos. No estudo de Hysong *et al.* (2019), realizado em Houston no estado do Texas, Estados Unidos, sobre o impacto da configuração e estabilidade da equipe na qualidade da atenção primária comprovou que a constância da equipe melhora o desempenho das mesmas; as equipes compostas por membros com um histórico estabelecido de trabalho em conjunto tendem a se adaptar às regras com mais facilidade e são mais propensas a exibir comportamentos de coesão, segurança e confiança o que melhora o desempenho. No grupo dos gestores o tempo de atuação nos cargos foi de cerca de 5 meses, devido a mudança da gestão municipal.

A escolaridade dos participantes variou, desde o ensino médio completo (para os ACS e os técnicos em enfermagem) até pós-graduação *strictu sensu* nível mestrado para as demais categorias profissionais. Enfatiza-se que, todos os enfermeiros atuantes na ESF e dois médicos possuíam pós-graduação *latu sensu* em Atenção Primária / Saúde da Família. Ressalta-se que, dentre os gestores haviam 5 enfermeiros e 1 médico e que nenhum dos gestores possuía graduação e/ou especialização na área de gestão.

5.2 Situação da pessoa com condições crônicas na APS na perspectiva dos profissionais

A presente categoria diz respeito aos resultados encontrados, referentes à compreensão das condições crônicas na APS, as intervenções realizadas para garantir a assistência à essas pessoas e a repercussão das condições crônicas para os profissionais da APS, incluindo o trabalho em equipe, além das intervenções de promoção à saúde e prevenção à doença e o incentivo ao autocuidado. Dessa forma, esta categoria está organizada em duas subcategorias: *A compreensão das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde* e *A elementar capacidade das ações para a prevenção primária e o suporte ao autocuidado*.

5.2.1 A compreensão das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

É importante ressaltar que a prevalência de condições crônicas está aumentando em todo o mundo e os sistemas de saúde estão enfrentando uma necessidade crescente de responder às altas demandas pelo gerenciamento dessas doenças (HOLDWORTH *et al*, 2019). A literatura aponta que não se pode construir um bom modelo de atenção à cronicidade sem uma APS bem estruturada (MENDES, 2018). Portanto, nosso modelo de APS deve ser protegido e consolidado como garantia de um bom modelo de atenção ao paciente crônico e com liderança na gestão de pessoas em situações de condições crônicas (CONTEL, 2018).

Se a APS deve ser uma plataforma eficaz para o manejo de condições crônicas, ela deve passar do atendimento episódico aos sintomas para uma abordagem integrada à prevenção, diagnóstico, tratamento e tratamento paliativo em condições e tempo sobrepostos. Um meio para se conseguir isso é o cuidado por equipes multidisciplinares que lidem com diversas condições (KRUK; NIGENGA; KNAUL, 2015) e possuam conhecimento adequado.

Em relação à compreensão das condições crônicas, tanto os profissionais como os gestores desconheciam o termo condições crônicas.

Condição crônica só depois que você explicou que eu fui saber o que é uma condição crônica. Doença crônica a gente sabe, mas condição crônica, igual eu estou vivendo uma condição crônica e nem sabia que era a condição crônica. [E12]

Então, eu acho que só dessa conversa que a gente teve aqui, eu acho que você já possibilitou que eu veja isso de uma forma diferente, entendeu? Eu nunca tinha pensado por esse lado e isso com certeza reflete na equipe, porque é uma coisa que você chega e quer melhorar, quer mudar alguma coisa, discutir. Então olha gente, condição crônica é uma coisa, doença crônica é outra, vamos conversar um pouquinho sobre isso. [E1]

O termo condições crônicas apesar de ter sido introduzido pela OMS em 2002 ainda é pouco utilizado e muitas vezes confundido com doenças crônicas não transmissíveis. Isso reflete a visão do modelo tradicional, biomédico hegemônico na organização dos serviços de saúde. O termo doenças crônicas tem um recorte na etiopatogenia (doenças transmissíveis e DCNT), no entanto, as condições crônicas necessitam de um recorte em uma resposta social (MENDES, 2012).

O recorte na etiopatogenia não é suficiente para referenciar a organização dos serviços de saúde, uma vez que muitas doenças transmissíveis cursam como doenças crônicas (a exemplo: infecção pelo HIV e tuberculose), não apenas pelo tempo, mas também pelo que exigem dos sistemas de saúde. Por isso, é importante diferenciar um termo do outro, para que a estruturação dos serviços também seja diferente, de forma a gerar uma resposta efetiva.

Para que esta resposta adequada surja, se faz necessário que haja integração entre as necessidades de saúde da população e os sistemas de saúde, que devem se organizar para respondê-las socialmente (MENDES, 2012). Conhecer o significado do termo, é o primeiro passo para repensar a prática de trabalho.

Então agora eu já quero conhecer esse documento de condições crônicas que eu nunca tinha ouvido falar, pode ser que eu tenha até ali no meu armário que tem todas as linhas guias, pode ser que ele esteja lá e pode me dar um norte pra essa orientação. Então já é uma coisa que eu quero pensar. E eu acho que a gente tinha que ser questionada o tempo inteiro, tinha que ser levado a reflexão para tentar melhorar a nossa prática." [E6]

Qual é a abordagem do profissional para eu identificar que ele tem uma condição crônica? Porque se eu não identifico, ele geralmente não vai saber e não vai ter acompanhamento." [E1]

Eu acredito que as condições crônicas são inclusive subnotificadas por esse assunto não ser tão discutido. A gente não fala de condição crônica com essa abordagem que você colocou aí né?. E aí quando você fala, já muda, você já tem uma visão diferente. Você já muda o foco de doença para condição. [E1]

Devido ao desconhecimento da ampliação do termo condições crônicas, e por exercerem a clínica baseada no modelo biomédico, a compreensão da assistência

aos pacientes crônicos tinha seu foco, principalmente, no atendimento de hipertensos e diabéticos.

Geralmente é uma demanda grande de hipertenso e diabético. Então a gente sempre está voltada mais para esse público, sempre buscando entender o quê que o paciente precisa, sendo discutindo até no NASF, a nossa equipe do NASF e fazendo esse acompanhamento. E aí a gente vai e faz as visitas. [E4]

A agenda tanto do enfermeiro quanto da médica é feita, deixando um dia exclusivo para pacientes hipertensos e diabéticos. Eles tem um dia específico para eles, podendo também ser atendidos em outros dias que seriam para usuários gerais. [E16]

Tesser, Norman e Vidal (2018), em seu estudo sobre a situação do acesso ao cuidado na APS brasileira, evidenciou que um problema comumente envolvido na precariedade do acesso é a priorização de grupos. Neste estudo os profissionais de saúde afirmam, também, esta ideia de grupos das condições crônicas, como por exemplo, um fluxo organizado para HAS e DM. A observação a seguir comprova essas afirmações.

Ao analisar as agendas de médicos e enfermeiros que participaram do estudo, apenas uma unidade possuía atendimento de enfermagem para o paciente hipertenso e diabético, com consulta marcada pelo ACS. E quatro unidades de ESF possuíam dias específicos para consulta médica desse público. Não havia agenda para os técnicos de enfermagem, nem para visitas dos ACS. Todas outras condições crônicas são atendidas em dias de atendimento geral. (NO)

Dentre as condições crônicas, a HAS e o DM se caracterizam como epidemias mundiais e configuram um enorme desafio para os sistemas de saúde, afetando a vida de milhões de pessoas e resultando em grande impacto econômico e alto custo social (RIBEIRO *et al.*, 2019; KRUK; NAGELA; KNAUL, 2015). Diversos estudos (REYNOLDS *et al.*, 2018; MARIN; BENA; ALBERT; 2018, JACKSON *et al.*, 2018) comprovam que a aplicação de um modelo de atenção específico para condições crônicas levam a benefícios e redução de custos (LALL *et al.*, 2018). Estudo de Turner *et al.*, (2018) nos EUA, evidenciam que, após 3 – 4 anos da adoção do CCM para pacientes, principalmente hispânicos com DM, o controle da pressão arterial sistêmica aumentou significativamente mesmo utilizando tratamento com menos drogas antihipertensivas.

Entretanto, outras condições crônicas tem-se beneficiado do atendimento sistematizado do MACC, como é o caso de Cingapura, que para lidar com a crescente

prevalência de asma, adotou o CCM em 2010. Estudo de coorte retrospectivo de Zheng *et al.* (2019), teve como objetivo descrever a proporção de pacientes com asma bem controlada, depois da introdução do CCM. Os resultados apresentam aumento de 31% do número total de atendimentos por asma, de 27.345 para 35.731, com o maior aumento entre pacientes com idade ≥ 60 anos. A proporção de pacientes com bom controle da asma aumentou de 71,4% para 80,9%; os que receberam terapia de prevenção de exacerbações agudas caíram de 15,8% para 11,7% e os encaminhados para os serviços de emergência após falha na terapia de resgate caíram de 0,7% para 0,6%. A proporção de pacientes com planos de ação atualizados para asma aumentou de 66,7% para 73,4% (ZHENG *et al.*, 2019). Enfim, os resultados gerais de saúde de pacientes com asma melhoraram com a implantação do CCM em uma instituição pública de saúde primária em Cingapura.

Além dos problemas respiratórios, outro estudo comprova a eficácia do CCM no atendimento à doença renal crônica (DRC). Van Gelder *et al.* (2016), avaliaram a qualidade do atendimento da DRC na atenção primária à saúde em relação às características do paciente e da prática. Os resultados mostraram que foi encontrado espaço para melhorias em todos os aspectos do gerenciamento da DRC e que a adoção de cuidados, baseados no CCM efetivam a assistência aos portadores de DRC.

Diante da necessidade de abordar o paciente de forma integral, a literatura chama atenção para o paciente pluripatológico crônico (LESENDE, 2013; BENJAMIN, 2010), que são pessoas com 2 ou mais condições crônicas concomitantes ou problemas como abuso de substâncias que requerem atenção médica contínua ou limitam as atividades da vida diária (GREMBOWSKI *et al.*, 2014). No entanto, há um crescente corpo de evidências que mostra que as interações entre doenças e tratamentos e as interações entre o contexto biomédico e sócio pessoal de cada paciente tornam imprudente cuidar de cada condição separadamente (ou seja, quando cada uma é tratada por especialistas descoordenados) e requerem atenção primária para todo pacientes com multimorbidade (BOEHMER *et al.*, 2018).

Neste sentido, evidencia-se que, para melhorar o gerenciamento de cuidados crônicos os profissionais de saúde devem trabalhar em equipe e de forma coordenada. Porém, em algumas situações isso não acontece:

O meu atendimento é consulta médica mesmo. Nessa consulta a gente colhe a história, examina e traça condutas. É o básico mesmo. Na consulta eu tento descobrir um pouquinho mais da vida do paciente porque assim, como a gente é uma equipe aqui, às vezes, é bom saber um pouco mais porque o paciente às vezes omite, às vezes ele esquece alguma coisa, às vezes a gente está tratando alguma doença, mas não é só essa doença, é basicamente isso. [E3]

A maioria das práticas precisará ter uma equipe integrada para lidar com os serviços do CCM, seja em período integral ou parcial. A flexibilidade também é importante, particularmente em meio às mudanças inesperadas de pessoal (TWIDDY, 2015).

Dada a complexidade das necessidades das pessoas em um contexto de morbidade, nenhum campo ou profissional pode dar respostas efetivas sozinho, por isso é essencial avançar para uma gestão colaborativa com todos os profissionais de saúde, que garantam uma avaliação e um plano de cuidados compartilhados, que identifiquem problemas sociais e de saúde e ofereçam o recurso mais apropriado no ambiente de atendimento (CONTEL, 2018).

Na opinião dos profissionais, trabalhar em equipe interdisciplinar demanda colaboração, conhecer e reconhecer as habilidade uns dos outros e aprender a confiar. A confiança entre os profissionais da clínica também fornece a flexibilidade necessária para trabalhar com pacientes com comorbidades complexas. O trabalho em equipe também deve permitir a participação do paciente ou da família (LAMOTHE; SYLVAIN; SIT, 2015).

Aqui a equipe é coesa. Isso a gente tem que elogiar. Não era muito, mas agora a orientação é trabalho em equipe com outros profissionais, todos sabendo de tudo. Até a faxineira tem que saber como funciona. Se o telefone tocar, não tiver ninguém, atender. Quando o paciente chegar perguntar o que está precisando, não deixar sem uma informação, dar pelo menos o acolhimento. A gente tem essa regra aqui. As pessoas estão trabalhando de forma uniforme. Falando a mesma linguagem. [E18]

Vamos pegar o caso então de um paciente obeso. Obesidade é uma condição crônica né?, a gente pega um obeso como exemplo. Ele vem para uma consulta, e tem as orientações na própria consulta do que tem que fazer. Quando ele volta para casa a gente faz a visita, e procuramos saber sobre a alimentação, se está conseguindo cumprir. E aí volta para o nutricionista. E quando ele volta para casa de novo, a gente procura saber se está acompanhando direitinho o processo da nutricionista, sempre orientando a vir para fazer até mesmo a pesagem. A gente tem o programa do SISVAN. Temos hoje tem uma demanda pouca de nutricionista, mas a gente sempre busca trazer esses pacientes. [E4]

Os participantes desse estudo valorizam a organização de trabalho em equipe e reconhecem a necessidade da equipe multiprofissional para o atendimento ao paciente crônico. Mas ainda é possível presenciar um trabalho em equipe fragmentado, falta de autonomia de determinadas categorias profissionais, assim como a quebra no elo entre equipe e comunidade que deveria ser garantido pela atuação dos ACS, os profissionais que mais conhecem a realidade dos usuários.

Quando eu vou na casa e eu descubro que o paciente está com essa condição crônica, eu aviso o enfermeiro, já aciono o enfermeiro, para fazer visita, olhar o paciente. Ai a gente marca a consulta para ele, o psicólogo ou outros profissionais que precisar para aquela condição que ele tiver. Porque cada caso é um caso, não são todos que vão precisar de um psicólogo, de um neurologista, por exemplo, mas eu encaminho para o enfermeiro primeiro. Normalmente eu não tenho nenhuma ação que é minha, por ser ACS, que eu consigo fazer para ajudar esse paciente. Mas condição crônica aqui na minha área, eu não tive assim nenhum que eu pudesse ajudar. [E12]

O relato mostra que o ACS, por ter contato direto com pacientes e famílias, identificam problemas e tem uma visão da condição crônica. Encaminham o paciente para o enfermeiro, que adota medidas e faz os encaminhamentos necessários de acordo com a necessidade desse paciente. As profissões devem instruir-se associadamente sobre o trabalho coletivo e as particularidades de cada área profissional, norteadas para o trabalho colaborativo em equipe interprofissional para garantir a qualidade da atenção à saúde (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Silva *et al.* (2015) exprime que na visão de docentes, trabalhadores de saúde e discentes, o trabalho em equipe demanda e, concomitantemente, proporciona alterações nos modelos de práticas e de formação dos profissionais, já que estabelece uma prática colaborativa com centralidade no usuário, da população e nas suas necessidades de saúde e não mais nos profissionais e serviços.

Ainda evidenciando a importância que o trabalho em equipe desempenha para a reorientação do modelo assistencial de saúde a partir da atenção básica, uma revisão integrativa reitera sua contribuição para que os objetivos do SUS possam ser atingidos de forma a influenciar e modificar o sistema em sua totalidade. Outro agente transformador do modelo assistencial de saúde foi a noção de que a continuidade do atendimento só será garantida quando a percepção da necessidade do trabalho do outro for valorizada. Nota-se, portanto, que o trabalho em equipe deve promover a interação dos trabalhadores, sem que haja individualização do trabalho e

compartimentalização das atividades (SANTOS *et al.*, 2016). E quando esse trabalho é efetivamente em equipe, pode-se perceber melhoria na qualidade da assistência:

Então eu consegui mandar a paciente, consegui um relatório do especialista e consegui encaminhar e a ferida teve um salto nesse tratamento devido a essa condição. Essa paciente também passou pela nutricionista, que fez orientação alimentar para ela rica em colágeno e em outros nutrientes que fortalecem a cicatrização. A gente está percebendo que ela com 9 anos uma ferida que não cicatrizava e nesses três meses ela fechou 80% da lesão, então a gente está tendo um sucesso nesse tratamento considerando a equipe multidisciplinar, a atuação de todo mundo. [E6]

Corroborando com a participante acima, Viegas e Penna (2013), afirmam que o trabalho em equipe configura um dos principais pilares para uma assistência equânime e integral na saúde. Portanto, um atendimento holístico das famílias/indivíduos pode ser favorecida pela junção de diversos olhares profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família e facilitar uma ação interdisciplinar. No entanto, é uma abordagem da doença já instalada.

De forma a garantir essa abordagem integral, os profissionais referem o apoio do matriciamento como uma das estratégias para consolidar a atenção ao paciente crônico na APS e à necessidade de estabelecer prioridades. Matriciamento é uma reunião com a equipe multiprofissional para abordar casos clínicos complexos e proporem um plano de cuidado integrado (BRASIL, 2008a) e utiliza como metodologia a ativação de espaços de comunicação e deliberação conjunta, o que proporciona a partilha de saberes e organiza fluxos na RAS (VENDRUSCOLO *et al.*, 2019).

No entanto, o matriciamento não deve ser entendido como um ato prescritivo e mandatário pelos profissionais de saúde, pelo contrário, o processo de trabalho do matriciamento deve favorecer as relações com o usuário, os trabalhadores, o cenário e a sociedade (FRANCO, 2018). E deve ser construído com base nas necessidades de saúde de cada paciente, não excluindo suas opiniões, ou seja, esse projeto deve ser algo singular, uma interação democrática e horizontal entre trabalhador/usuário/família (JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013).

Esse matriciamento funciona uma vez por mês, ou se precisar de 15 em 15 dias. A gente tem fisioterapeuta, psiquiatra, psicólogo, assistente social e nutricionista. A gente faz uma reunião em equipe junto com a enfermeira, a médica, os participantes do NASF e as ACS. Aí a gente pega os encaminhamentos, os pacientes às vezes já vêm com encaminhamento de outro médico, a gente discute o caso na reunião, e os que têm prioridade a gente pede para o profissional do NASF dar uma assistência, uma prioridade para eles na fila. Porque eles que marcam, eles que fazem tudo entendeu? Aí é só com eles. [E9]

Matriciamento ainda acontece, em algumas unidades mensais e outras bimestrais. Participam dessa reunião o NASF, odontologia, equipe da atenção primária e equipe básica. Maioria das vezes tem tido boa resolutividade. Acho que foi um ganho muito importante quando se tem uma pessoa envolvida também. Não adianta ter matriciamento e a pessoa querer que aconteça do jeito dela, a gente precisa de apoio. O enfermeiro é a principal peça se não empenhar a equipe dele para isso acontecer, não acontece.” [E23]

Apesar do reconhecimento do valor das reuniões de matriciamento, o cuidado ao crônico ainda se encontra fragmentado, seja pela ausência de alguns profissionais como é relatado por E13, seja pela não participação do paciente. Entretanto há que se ressaltar a importância das reuniões, mesmo que seja de parte da equipe para discussão dos casos. Os primeiros passos estão sendo dados com foco nas necessidades do paciente.

Aqui fazemos matriciamento. Pra te falar a verdade, eu nunca participei. Porque sempre quando tem o matriciamento eu estou sozinha aqui na unidade, como técnica de enfermagem entendeu? Mas eu sei que funciona, funciona com a ACS, cada uma monta o seu caso, fala do seu problema aí vai o assistente social, psicólogo a nutricionista, sentam e conversam e debatem o assunto. [E13]

Fazemos o matriciamento mensal, temos um cronograma de matriciamento mensal para discutir os casos dos pacientes, e criar estratégias para promover a saúde, a equipe da ESF com o NASF. Geralmente esse matriciamento é mais entre as equipes. Os pacientes não aderem até porque eles não são convidados. Depois elaboramos um plano de cuidado ali, todo mundo vai dando sua opinião na sua área e depois repassa esse plano pro paciente. O profissional que for atendê-lo repassa esse plano pro paciente, assistente social dentro de sua consulta, o enfermeiro, o médico. [E16]

Em uma reunião de matriciamento estavam presentes o médico, o enfermeiro, os ACS, o dentista, a nutricionista, o psicólogo, a assistente social e o educador físico. A técnica de enfermagem não compareceu devido ao volume de trabalho na unidade e, como nenhum outro profissional estava disponível, todo o acolhimento deveria ser realizado por ela. Segundo o enfermeiro haviam muitos casos a serem discutidos, pois ele estava de férias no mês anterior e não houve reunião. Foram discutidos todos os casos de encaminhamento para as áreas da nutrição, psicologia e assistência social. Não houve uma seleção prévia dos casos, e nem todos os encaminhamentos seguiam a lógica da gestão da clínica. Depois de lido todos os encaminhamentos e entregues aos respectivos profissionais, a reunião finalizou. Não houve participação da equipe para solução dos casos, nem elaboração de plano de cuidados. [NO]

A observação permitiu constatar o que foi dito pela gestora que “O enfermeiro é a principal peça” no matriciamento, haja visto que em seu período de férias não houve reunião. De acordo com Cunha e Campos (2011), o Apoio Matricial em saúde objetiva “assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados

da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa“. O NASF é um projeto do MS (Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008) (BRASIL, 2008a) que emprega o conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial. Refere-se a uma equipe interdisciplinar que possui como papel primordial apoiar a equipe de saúde da família, para ampliar da resolutividade. Ainda que os profissionais do NASF realizem atendimento individual, essa atividade não é concebida como prioritária.

As principais atividades realizadas por uma equipe do NASF na realização do apoio matricial são:

- (a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos;
- (b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de Saúde da Família responsáveis pelo caso;
- (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008a).

No cotidiano de trabalho, os serviços de saúde não reconhecem as particularidades de cada pessoa e fundamenta seu processo de trabalho em ações passivas dos profissionais mediante queixa durante a consulta, esse tipo de abordagem não agrega avanços no cuidados ao paciente crônico, é indispensável incluir a participação da família e do usuário nos cuidados exigidos ao controle da doença (MARGOLIS; PETERSON; SEID, 2013).

A assistência da equipe da ESF são substanciais no acompanhamento do paciente com condição crônica, uma vez que suas necessidades são múltiplas e requerem do sistema de saúde um cuidado holístico e integral. No MACC a gestão da clínica deveria ser utilizada entre 1 a 5% da população adscrita à ESF (MENDES, 2012), pois trata-se de uma condição crônica complexa. Nas unidades estudadas, a gestão era realizada de forma indiscriminada para todos os pacientes encaminhados ao NASF. O que ocasiona excesso de trabalho e dificulta a incorporação do paciente na discussão da sua situação de saúde.

A gestão da clínica pode ser conceituada como “um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade“, deve ser efetiva, centrada nas pessoas; segura; eficiente; oportuna; equitativa e ofertada de forma humanizada (MENDES, 2011).

Para saber quem são os pacientes elegíveis para a gestão da clínica é essencial estratificar a população de acordo com suas necessidades de saúde, uma vez que os problemas de saúde são infinitos, mas a capacidade do sistema é finita. Estratificar a população adscrita por riscos é um componente elementar no MACC ao separar uma população total em tipos distintos de subpopulações, de acordo com os riscos singulares (PAIANO *et al.*, 2019).

Caso essa estratificação não ocorra, os cuidados necessários aos portadores de maiores riscos podem ser subofertados e/ou os portadores de menores riscos podem ter os cuidados sobreofertados de forma desnecessária, ocasionando, por consequência, uma atenção ineficiente e inefetiva. As dificuldades garantir a agenda para atenção à saúde dos doentes crônicas pode ser explicada por esse problema (MENDES, 2012).

A estratificação de risco nos cuidados de saúde envolve a divisão dos painéis de pacientes em camadas ou estratos com base em fatores sociais e de saúde para identificar e abordar resultados adversos potencialmente evitáveis e dispendiosos da saúde. Idealmente, os níveis de risco devem corresponder à probabilidade de um paciente apresentar resultados negativos para a saúde, taxas mais altas de utilização desnecessária ou evitável de assistência médica e/ou aumento do ônus financeiro (WAGNER *et al.*, 2019). A estratificação de risco é utilizada pelos participantes do estudo, no cotidiano de suas atividades:

Os meninos (ACS) fazem estratificação de risco, a gente tem um protocolo com as cores, e isso fica no cadastro junto com a pasta de arquivo da família. E é feita anualmente essa estratificação, separada por cores através do protocolo que a gente utiliza. [E19]

A estratificação de risco é feita em algumas unidades, não vou te falar que hoje todas estão feitas, até porque um dos grandes fatores que dificulta fazer estratificação é a rotatividade de profissionais, infelizmente temos uma rotatividade alta, trocam muitos profissionais de uma unidade para outra... [E22]

No entanto, essa estratificação além de ser realizada prioritariamente para classificação de risco familiar (utilizando a Escala de Risco Familiar – ANEXO C) ou avaliação do risco cardiovascular (utilizando a Escala de Framingham – ANEXO D), muitas vezes são realizadas de forma inconsistente ou até inadequada (COELHO; SAVASSI, 2004; MINAS GERAIS, 2009; MUNOZ, 2017).

Na verdade existe estratificação de risco, tem que ser feito, mas ainda não é da forma que que é preciso. Inclusive é uma coisa que a gente está tentando trabalhar para absorver, por que é muito importante. [E20]

Paciente com hipertensão a gente tem o protocolo da estratificação que pede para a gente fazer o acompanhamento para ele com alguns profissionais, por exemplo, cardiologista, diabetólogo. No HIPERDIA a gente encaminha os pacientes mais descompensados porque a gente aqui ainda não tem condições de encaminhar todos como medida preventiva, então no projeto HIPERDIA, eu comecei a encaminhar todos, todo mundo que chegava a mim eu encaminhava para o cardiologista pensando nessa questão preventiva, só que começamos a esbarrar na fila e aí eu comecei a perceber que não, que eu ia ter que pensar no paciente, o que tivesse um risco pior pra eu encaminhar. [E6].

Na minha consulta eu faço estratificação de risco. Normalmente utilizo a escala de Framingham para doença cardiovascular que é o que a gente tem mais aqui, que é mais prevalente. [E3]

Os relatos mostram que os profissionais tem dificuldades reais de encaminharem todos os pacientes. O sistema não comporta e tem início as filas, sem prioridades, sendo que muitas vezes quem mais precisa pode ser atendido por último. Assim, o enfermeiro passou a utilizar a avaliação do paciente como critério de encaminhamento.

O processo de estratificação de risco não é inerte e necessita ser revisto sempre que alguns dos critérios propostos nas diretrizes clínicas se alterarem, advindo assim ocasiões que irão alterar o estrato de risco de um determinado indivíduo (DALCUCHE; MENDES, 2017). Em um estudo realizado em Belo Horizonte, envolvendo idosos com DM e/ou HAS atendidos na APS, revelou baixa conformidade da prática assistencial de acordo controle metabólico e estratificação de risco cardiovascular, influenciando na qualidade do cuidado, reforçando o despreparo na utilização do protocolo clínico de DM e HAS proposto para o aperfeiçoamento da assistência por enfermeiros e médicos atuantes na APS (SILVA *et al.*, 2019).

Evangelista *et al.* (2019), descrevem em seu estudo sobre o planejamento e a construção da RAS num distrito de Brasília, que após dois anos da implantação do projeto de Planificação da Atenção à Saúde, que consiste na realização de capacitações e treinamentos para equipes técnicas gerenciais dos estados e municípios para organização dos macroprocessos da Atenção Ambulatorial Especializada e a APS, muitos avanços já foram vislumbrados, principalmente as pessoas identificadas na APS, com estratificação de alto e muito alto risco, que são encaminhados para a atenção especializada e tem sua necessidade de saúde sanada, agilizada pela estratificação de risco.

Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia e Hong Kong mostraram que a avaliação sistemática de riscos e as iniciativas de gerenciamento estratificado por riscos nos cuidados primários poderiam melhorar os resultados clínicos, como hemoglobina A1c (HbA1c), pressão arterial (PA) e lipoproteínas de baixa densidade (LDL), bem como reduzir a utilização de serviços de saúde, incluindo atendimento a acidentes e emergências e internações hospitalares (WAN *et al.*, 2018).

Esses achados mostram a importância de estratificar os riscos para o levantamento da prevalência de fatores de risco na população adscrita. Essa experiência permite melhorar o direcionamento na tomada de decisão das intervenções para evitar complicação dos pacientes (SOUZA; MENDONÇA, 2016). A implementação do gerenciamento de cuidados estratificados por risco ainda pode ajudar a direcionar recursos aos pacientes mais necessitados de serviços e potencialmente reduzir custos e melhorar os resultados (REDDY *et al.*, 2017).

No entanto, apesar dos participantes realizarem estratificação de risco das famílias, não houve alteração da assistência considerando os estratos de risco.

A classificação de risco a gente faz utilizando as cores: amarelo, azul, verde e vermelho. A gente classifica a família toda, não é a pessoa não. Se na casa tem cinco pessoas, eu classifico as cinco. Igual eu tenho uma casa que a criança é especial e o avô é idoso e tem depressão gravíssima, ele já teve AVC aí já classifico os dois. Na assistência como agente de saúde, nada muda para as famílias dependendo da cor, todos são iguais, a não ser aquilo que o paciente relata para mim daquela prioridade aí eu dou uma... especial nele. Mas só se o paciente relatar, mas os tratamentos sempre são iguais." [E9]

Nessa classificação não existe um cuidado de enfermagem diferente, essa estratificação é mais para os ACS. Mas não tem uma ação específica para aquela família de risco alto, risco médio, risco baixo... Não existe uma ação específica para aquela família não. Às vezes o ACS passa para a gente, porque eles passam todas as demandas. Mas uma ação para família de alto risco, específica para ele não. [E19]

Efetuar apenas a estratificação de risco não é suficiente para melhorar a condição de saúde dos usuários, faz-se necessário uma mudança efetiva da prática profissional. Um estudo realizado na APS de Fortaleza em 2015, concluiu que a estratificação de risco populacional permitiu organizar a agenda de atendimento da APS, diminuindo a superlotação na unidade. Aqueles com baixo e médio risco foram avaliados e deverão retornar com a equipe da ESF consoante a periodicidade de avaliação e do incentivo ao autocuidado. Enquanto, uma atenção maior foi disponibilizada para aqueles estratificados com alto e muito alto risco, com o intuito

de estabilizar a condição de saúde e evitar maiores danos à saúde desse grupo (SOUZA *et al.*, 2016).

5.2.2 A elementar capacidade das ações para a prevenção primária e o suporte ao autocuidado.

Toda a população adscrita à ESF se beneficia de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, sendo essas prioritárias na APS. Contudo, essas intervenções nas unidades observadas estavam direcionadas para os grupos operativos do HIPERDIA (Programa do MS para acompanhamento de HAS e DM) ou outra condição crônica (principalmente obesidade e saúde mental). Não haviam atividades em grupo nem individual, voltadas para o paciente saudável, ou seja, não há prevenção primária (medidas gerais, educativas que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos para que resistam às agressões dos agentes) (LEAVELL; CLARK, 1965).

Promoção da saúde e prevenção primária são atividades de APS. Embora a prevenção primária esteja enquadrada principalmente no ambiente da saúde, o da promoção da saúde deve ser realizado na comunidade. Esse aspecto comunitário da atenção primária à saúde é essencial para abordar os determinantes sociais da saúde e reduzir, em colaboração com outros atores, as desigualdades em saúde (GIL-GIRBAU *et al.*, 2019).

Um artigo de revisão que se propôs a analisar as estratégias de promoção da saúde e prevenção primária no combate às DCNT no âmbito mundial evidenciou que, é necessário enfatizar a prevenção, pois a maioria das condições crônicas é evitável e muitas de suas complicações podem ser prevenidas (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Na verdade, não. Hoje não temos muitos grupos que abordam o paciente no sentido de evitar o adoecimento, os grupos que tem adesão são o de hipertenso, de diabético. “ [E20]

[...] grupo mensal, a gente hoje tem uma agenda fechada para HIPERDIA até o final de ano, mensalmente. E assim dando apoio para eles junto com a médica, enfermeira e agente de saúde para conhecer melhor esse paciente. [E10]

No momento não existe nenhum grupo para paciente saudável. É sempre quando já tem alguma comorbidade. Eu não tenho certeza se o REEDUCAR é para paciente, eu acho que não. Sempre já tem alguma doença como dislipidemia, pressão alterada, obesidade, não tem para o paciente saudável. Mesmo porque o paciente saudável trabalha no período que o posto funciona,

que são os jovens e não tem como a gente abordar esses pacientes que não tem horário no horário do posto. O posto é para criança e para o paciente crônico que são os que tem mais tempo, mais disponibilidade. [E3]

Os relatos e a observação mostram que os grupos abordam pacientes que já tem a doença instalada e não há abordagem de pacientes saudáveis como medida de prevenção. Os profissionais compreendem que o foco da APS se concentra em capacitar as pessoas, aumentar a conscientização sobre os fatores de riscos e os benefícios de mudar comportamentos e orientá-las na implementação de comportamentos saudáveis, porém apresentam dificuldades na hora de efetivar ações de promoção da saúde. Evidências indicam aumento das condições crônicas em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis). Assim, a intervenção nos fatores de risco, resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo (MALTA *et al.*, 2017).

Nós trabalhamos com a prevenção ne? nossa intenção é trabalhar com a prevenção porque a ESF ele foi programada pra isso. Quem dera que fosse centrado só na prevenção pra não chegar a ter a complexidade. Mas infelizmente hoje a gente já pega pacientes que já estão com a doença. [E17]

É aquela história, deveria existir ação que fosse preventiva. Não tem muita não. O que que a gente faz aqui, às vezes a gente faz HIPERDIA, a gente convida os diabéticos e os hipertensos, muitas vezes falamos sobre tabagismo e outras doenças crônicas. Envolvemos o pessoal do NASF, a nutricionista, psicológico e educador físico, a gente tenta fazer. Mas, na minha opinião, deveria ter mais prioridade. Infelizmente a nossa medicina é mais voltada para medicina curativa, a preventiva deixa a desejar, sempre deixou. Estão tentando modificar, acho que melhorou um pouquinho, mas ainda tem que evoluir [E18]

A atenção primária não pode priorizar somente por causa disso, porque nosso trabalho é promover, é fazer o trabalho de prevenção, promoção e recuperação. Mas lógico que esses pacientes que tem o risco crônico, a gente tem que ter um tipo de abordagem. Hoje a gente ainda não tem um plano de ação específico para esses pacientes. [E20]

Os discursos evidenciam a importância dada à prevenção na APS pelos profissionais, mas apontam também o foco na medicina curativa e, ainda, segundo o gestor, a APS não tem um plano de ação para pessoas com condições crônicas e nem para promoção de maneira geral.

Quanto aos grupos para as atividades de educação em saúde, os resultados estão em consonância com o estudo de Costa *et al.* (2014), que em pesquisa com profissionais que atuavam na ESF de Montes Claros destacaram a predominância da realização de grupos conforme os recortes programáticos na prática da saúde pública

tradicional: grupos de hipertensos, diabéticos e de nutrição. Entre os participantes desta pesquisa, observou-se que a constituição de grupos de educação em saúde foi em decorrência da condição patológica (diabéticos e hipertensos).

Em concordância com esse estudo, De la Fuente, Cruz-Cobo e Santi-Cano (2020), avaliaram a eficácia de um programa de educação estruturado e individualizado para DM tipo 2, fornecido por uma enfermeira da APS, que contou com grupos operacionais e apoio familiar para alcançar o controle metabólico e metas terapêuticas de longo prazo, na região de Andaluzia (Espanha). E concluiu que educação contínua sobre DM com sessões de reforço fornecidas por uma enfermeira alcançou reduções na hemoglobina glicada, glicemia basal, colesterol total, lipoproteína de baixa densidade-colesterol e pressão arterial sistólica a médio e longo prazo.

Um importante promotor de educação em saúde é o ACS, que é pouco explorado nesse contexto. Como um profissional que integra a equipe de saúde, o ACS apresenta condições de promover uma atenção diferenciada, no que se refere à saúde das pessoas ao realizar visitas domiciliares e utilizar uma linguagem acessível (MACIAZEKI-GOMES; et al., 2016)

Estudo realizado no Reino Unido em que formadores leigos de saúde foram introduzidos na Inglaterra com o objetivo de fornecer conselhos personalizados sobre estilo de vida, suporte e acesso a serviços para pessoas que vivem em áreas desfavorecidas, destacaram um alto nível de satisfação com o modelo de instrutor de saúde em apoiar mudanças positivas no estilo de vida. A localização da intervenção na prática removeu barreiras de acesso, principalmente para aqueles com condições crônicas. A melhoria da saúde, apoiada por análises quantitativas, revelaram melhorias estatisticamente significativas no índice de massa corporal, pressão arterial, hábitos alimentares, níveis de exercício, ingestão de álcool, autoavaliação de saúde e autoeficácia entre os que concluíram a intervenção (VISRAN, 2017).

Desta forma, o sistema deve incorporar nas atividades de promoção, a participação e orientação da comunidade e facilitar a troca, treinamento, pesquisa, reconhecimento no portfólio de serviços, financiamento e avaliação. Para isso, é necessário realizar uma reorganização do sistema de atenção mais focada na pessoa e na comunidade, que haja vontade política em aliança com a população e que a atenção primária exerçam seus poderes de maneira integrada (GIL-GIRBAU *et al.*, 2019).

Por outro lado, os benefícios coletivos e individuais percebidos em ações prévias ao adoecimento, estão alinhados com uma visão abrangente da APS. As experiências comunitárias bem sucedidas são importantes para estabelecer propostas de implementação de políticas efetivas, visando desenvolver ações que integrem promoção da saúde e prevenção primária dos principais fatores de risco no combate às condições crônicas (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Uma estratégia para fortalecer a promoção da saúde é incentivar e apoiar o autocuidado, que pode ser definido como a capacidade do indivíduo de detectar e gerenciar sintomas, tratamento, consequências físicas e psicossociais, bem como as mudanças no estilo de vida (como exercícios e dieta) inerentes à vida com uma condição crônica. Um dos principais objetivos do autocuidado é aumentar a auto-eficácia reforçando a competência dos indivíduos em sua própria capacidade de gerenciar tarefas diferente. As abordagens de autocuidado apoiado enfatizam uma parceria clínica, assistência colaborativa, promovem a identificação dos usuários do serviço e o alcance de metas realistas e ensinam habilidades de resolução de problemas. E apresentam como benefícios potenciais: atendimento de qualidade adaptado às preferências e à situação dos usuários do serviço, que em alguns casos melhoram os resultados e reduzem os custos (SALEMONSEN; et al., 2020).

O suporte ao autogerenciamento pode ser definido como as ações que os cuidadores realizam, adaptadas às necessidades e capacidades de cada paciente, com o objetivo de auxiliar e incentivar os pacientes a se tornarem bons gerentes de suas condições crônicas (LAWN; SCHOO, 2010). O autocuidado apoiado é uma categoria de construção de projeto terapêutico e se estrutura em cinco fundamentos: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento, com o objetivo de sustentar o usuário no processo de (re)construção de sua própria saúde (FERNANDES *et al.*, 2017).

Newton, Falkingham e Clearihan (2011), afirmam que a educação para modificação do risco de estilo de vida e o autogerenciamento das condições crônicas são fundamentais no manejo das condições crônicas. No que tange ao autocuidado, os participantes desse estudo não compreendem a importância dessa habilidade

Tem uns pacientes que são preguiçosos, eles não cuidam não. Tem uns que você pode falar, pode orientar, mas é a cultura deles. Não tomam os remédios direito, eles deixam, fala que não come, igual os diabéticos, por exemplo, eles não tomam o remédio, chegam aqui com tudo alto, você pergunta: não comi nada! (risos). [E14]

Eu classifico o autocuidado nesse paciente com condição crônica ruim. Não todos. Sempre tem aquele que você vê que tem um cuidado maior, que se preocupa, só que não tem um meio termo. Ou o paciente que preocupa que são poucos ou não tem cuidado nenhum [...] E o que a gente vê muito são pessoas que responsabilizam, as vezes, a equipe da ESF. A culpa é deles e não nossa. [E3]

Para a população leiga, em geral, o autocuidado necessita partir de orientações concretas e repetidas sobre seu quadro de saúde e cuidados, que devem ser feitas pelos profissionais de saúde e monitorados. No entanto, pelos relatos percebe-se que há transferência da responsabilidade para os pacientes e não contemplam informações sobre orientações e monitoramento.

Há evidências de que intervenções tanto em grupos quanto individuais para promoção do empoderamento das pessoas para o autocuidado são efetivas no acompanhamento das condições crônicas. O estabelecimento de metas, participação na elaboração dos planos de cuidado e identificação e superação dos obstáculos que antecedem a doença fortalecem as pessoas para a autogestão (TAN *et al.*, 2019; MORAIS *et al.*, 2015). Os resultados da pesquisa de Delaney, Barrere e Bark (2020), demonstram que a ativação do paciente (engajamento) no autogerenciamento melhora a qualidade de vida e diminui a readmissão hospitalar e o uso do departamento de emergência.

O autocuidado necessita de um trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, família e usuários e centrado no paciente. Porém, os participantes deste estudo afirmam que os usuários não se responsabilizam pelo seu próprio cuidado:

Se a gente for fazer estatisticamente a maioria não tem essa visão de autocuidado. Eu diria que a maioria, se olhar tudo que a gente fala, algumas coisas eles conseguem, outras não. Não é por falta de oportunidade ... É como se as pessoas ainda tivessem procurando a fórmula mágica, a gente não quer fazer a nossa parte, mas estamos esperando a fonte da juventude (risos) que nunca acabe." [E18]

Melhorou com os medicamentos, tomando direitinho. Mas tem paciente muito teimoso você ajudando, tentando melhorar a situação e eles não fazem. A gente faz a nossa parte, mas eles tem que fazer a deles [E13]

A questão que se coloca é se os serviços de saúde estão realmente fazendo sua parte, levando em consideração os comportamentos esperados dos pacientes crônicos. As condições crônicas não serão estabilizadas sem um "componente proativo das pessoas que deixam de ser pacientes para transformarem-se em agentes

da produção social de sua saúde, com o apoio de uma equipe de saúde e de sua rede de proteção social“ (MENDES, 2018).

Acredita-se que o autocuidado aumenta o poder dos pacientes e a responsabilidade por seu tratamento e promova sua autonomia. O estudo de Huygens *et al.* (2016), evidenciou que os pacientes que se envolvem em comportamento ótimo de autogestão apresentam melhores qualidade de vida e de saúde. Ajudar os pacientes a desenvolver as habilidades necessárias para estabelecer metas pode ser visto como parte integrante do apoio ao autogerenciamento.

Eu acho que é um pouco da educação mesmo que a gente tem que fazer com o paciente. Ele participar mais do tratamento dele. Só que ele não é médico, não é enfermeiro, não é técnico, não é ACS [...] Tem aqueles que são os mais instruídos, mas eles não têm obrigação de já chegarem aqui sabendo o que tem que comer, o que não pode comer, quantas vezes tem que fazer exercícios por dia. Eles não são obrigados a saberem isso porque não são da área. A gente é obrigado a explicar, a orientar. Eu acho que a grande questão é isso porque se ele souber o que ele precisa saber, se ele tem consciência e assumir isso acho que a gente consegue fazer muita coisa. [E3]

A maioria aqui toma remédio errado, porque a maioria é idosos e vem desacompanhado dos filhos. Tem uma paciente mesmo que antes de eu sair teve que fazer a caixinha né de medicação e colocar, inclusive a insulina, ela vinha toda terça para a gente colocara insulina da semana. [E8]

O relato acima reconhece o papel do profissional de saúde na orientação adequada ao paciente. Estabelecer metas ou acordo entre profissionais de saúde e pacientes em uma meta relacionada à saúde, pode ser um elemento-chave do autogerenciamento. A APS como uma disciplina centrada na pessoa e que lida com os pacientes e seus problemas nas próprias circunstâncias da vida, o estabelecimento de metas individualizadas está fortemente relacionado à adesão ao tratamento. Sutter, Maeseneer e Boeckxstaens (2013), afirmam que a medicina de família está em uma posição estratégica para ajudar os pacientes a aumentar sua capacidade e autoconfiança no gerenciamento de condições crônicas, estabelecendo metas individuais relacionadas à saúde.

A negociação de metas - que envolve discussão de problemas, exploração dos valores, necessidades e capacidades pessoais dos pacientes, educação do paciente e deliberação sobre metas opcionais - é considerada uma condição prévia para o estabelecimento de metas na autogestão (LENZEN *et al.*, 2015).

As pessoas com condições crônicas respondem melhor ao gerenciamento de autocuidado em colaboração com um suporte abrangente e multidisciplinar ao planejamento de cuidados por profissionais de saúde (LAWN *et al.*, 2014).

Ensinamos a família também. Ensinamos a medicar quando a família deixa a gente participar. Faço um relatório do horário dos remédios. Teve um paciente aqui que não sabia ler e estava tomando os medicamentos tudo errado e ficou muito ruim. Aí eu peguei uns pacotinhos e coloquei sol, lua e mostrei pra ele . Eu vi sobre isso e fiz pra ele. Depois nunca mais eu tive problema com paciente. [E13]

Por meio do acompanhamento, o profissional junto com o paciente e sua família são capazes de detectar os desafios vivenciados no dia a dia com a doença crônica e criar intervenções para ajudar os usuários com o autocuidado, no que se refere a lidar com a reclusão social, a percepção da doença no seu cotidiano, a autopercepção, a maturidade da autoeficácia e a habilidade da família em dar o suporte e compartilhar responsabilidades com o paciente, de acordo com a capacidade deste, encorajando-o (COLLET *et al.*, 2018).

O estabelecimento de metas é frequentemente apresentado como um processo colaborativo entre paciente e profissional. No entanto, não se pode ignorar o recente desenvolvimento rápido de ferramentas de autogerenciamento (baseadas na Web) que os pacientes podem usar independente dos profissionais. Essas ferramentas oferecem oportunidades para que os pacientes pensem sobre seus próprios objetivos e se monitorem, tomando decisões informadas e acessem grupos de apoio (LENZEN *et al.*, 2015). Entretanto, há os analfabetos como relatado acima e os chamados “analfabetos tecnológicos” que necessitam de atenção especial.

Enfim, o modelo médico tradicional de cuidar de pessoas com doenças crônicas - que se concentra mais na doença do que no paciente - é caro e muitas vezes ineficaz. O tratamento de doenças crônicas exige novas estratégias para melhorar a saúde geral, capacitar as pessoas a se tornarem participantes ativas de seus cuidados de saúde e solucionar os problemas que as pessoas enfrentam no dia-a-dia. Utilizar uma abordagem centrada no relacionamento de toda a equipe para educar e capacitar pacientes, como aqueles com condições crônicas, resulta em se envolverem em comportamentos de bem-estar, fazer mudanças comportamentais e facilitar sua capacidade de lidar com os desafios da saúde (DELANEY; BARRERE; BARK, 2020).

A abordagem precoce de pessoas com condições crônicas pode evitar adoecimento, reduz custos emocionais para o paciente e financeiros para o sistema de saúde, mas, também, exige novas habilidades de profissionais e condições estruturais desses serviços.

5.3 O paradoxo da invisibilidade do paciente com Condições Crônicas e o ideário da assistência aos usuários do SUS

Esta categoria evidencia que a maior demanda das ESF é de usuários com condições crônicas, no entanto, os pacientes agudos (tanto agudos como crônicos que agudizam) ocupam a maior parte da agenda de atendimento dos profissionais da APS, o que dificulta o acesso dos pacientes crônicos à RAS e conseqüentemente falha na integralidade do cuidado.

Entende-se dessa forma que, a expressão das necessidades de saúde mantém-se contínua e imbricando-se no paradoxo da invisibilidade da condição crônica na rede e a busca de cuidados pelos usuários. O paradoxo se apresenta sob três itens: a invisibilidade da condição crônica na APS e no sistema de saúde, o reconhecimento da demanda desses usuários e o ideário estabelecido na APS e na RAS. Por conseguinte, a invisibilidade exprime o desconhecimento dos profissionais e do sistema de saúde sobre o manejo das condições crônicas no âmbito micro, que é o da relação entre a equipe de saúde e a pessoa usuária (MENDES, 2012).

A organização da demanda nos serviços de saúde da APS apesar de centrada em ações programadas, não elimina a necessidade de atendimento à demanda espontânea por casos agudos. Porém, não deveriam ser o foco:

Na minha rotina, no dia a dia costumo marcar mais consulta para quem é agudo, para quem está sentindo alguma coisa, para quem está precisando das coisas para ontem, do que para as pessoas crônicas. Eu marco mais para quem está precisando a mais tempo. Dependendo da urgência eu já marco de uma vez, e para aqueles que reclama, que às vezes não tem nada, mas está reclamando. [E15]

No geral, eu atendo mais paciente com queixas do que pacientes com casos crônicos. Mais é com queixas, é aquele paciente mais agudo. Mas na minha área tem aumentado o número de pacientes com condições crônicas e não sei o porque, eles são muito bem acompanhados. [E9]

Eu acho que nas unidades que eu gerencio estão atendendo mais agudo. Eu acho, mas não tenho isso tão palpável quanto deveria. [E23]

Os relatos trazem implícitas a grande demanda do serviço de saúde e as estratégias adotadas que geralmente priorizam situações agudas ou as que estão esperando a mais tempo. Uma pesquisa na APS de Florianópolis mostrou que, aproximadamente, 40% das consultas na APS são por demandas não programadas ou demandas espontâneas e 60% são por atendimentos agendados (GUSSO, 2009).

De acordo com Mendes (2016), os parâmetros de atendimento na APS devem variar de 30% a 50% de consultas programáveis e de 50% a 70% de consultas do dia. As demandas programáveis se limitam às condições crônicas não agudizadas, programas específicos do MS; trabalhos administrativos; demanda por ação preventiva; e demanda por atendimento domiciliar e as demandas espontâneas abarcam os eventos agudos e/ou condições agudas e condições crônicas agudizadas.

No entanto, o espaço de atendimento do paciente crônico deve ser assegurado na agenda dos profissionais da APS. Na mesma pesquisa em Florianópolis, quando se analisa o tipo de atendimento por condição de saúde, verificou-se que de um total de 28 problemas de saúde listados, 21 (82%) são condições crônicas e 7 são condições agudas (18%). Isso mostra que a demanda na APS é fortemente concentrada em condições crônicas (GUSSO, 2009). Percebe-se que a ênfase dos atendimentos é aguda, tanto na visão dos profissionais como dos gestores e que muitas vezes o atendimento ao doente crônico pode ficar prejudicado pelo excesso de atendimento ao doente agudo.

A gente trabalha com agenda. Então assim: em um primeiro momento a gente trabalha com datas quem pediu primeiro, mas se tiver algum com doença crônica, com prioridade, a gente tenta priorizar. Às vezes o hipertenso que está com o remédio acabando, vai ficar sem receita ou um diabético que vem fazer controle e está com a glicose muito alta, e precisa mudar a medicação, precisa do atendimento médico com mais urgência. Eu passo na frente para ter um atendimento prioritário. [E4]

O ACS também marca mais consulta para o agudo, total, a gente precisa rever isso junto com os nossos agentes, mas a pressão que eles sofrem na comunidade por causa dos agudos é muito grande . [E25]

Quando estou fazendo suas visitas domiciliares, eu que agendo as consultas. E para selecionar quem entra e quem não entra nessas consultas, depende do caso, tem paciente que é difícil locomover até aqui, então já é marcado tem o dia específico para visita domiciliar, então eu volto aqui com o médico e vai até a casa do paciente e atende no domicílio. E essas pessoas que se locomovem, vai muito da queixa deles. Mais aguda damos prioridade, tem que priorizar. [E7]

O ACS trabalha com a agenda definida pelo serviço e sob a pressão da comunidade, mas tem a sensibilidade de identificar situações prioritárias para atendimento. Os depoimentos demonstram que mesmo quando elaboram uma agenda, a maior parte está direcionada para o atendimento do paciente agudo/crônico agudizado. Essa urgência em atender este paciente, sobrecarrega o serviço, causando prejuízo na demanda programada e adiando a assistência a outros usuários que precisam aguardar todos os agudos/prioridade para só depois, terem suas necessidades sanadas.

E eu tenho uma lista, mas às vezes eu nem sigo a lista porque chega um paciente muito urgente que precisa da consulta. Tipo paciente que precisa de um laudo mais urgente, paciente que está com suspeita de alguma doença, um paciente oncológico, aí eu já marco, agilizo o processo. Se a pessoa está reclamando dor, alguma coisa que está incomodando eu olho e vejo que realmente está, aí eu passo na frente.... Agora está aparecendo bastante urgência.. [E12]

Durante a observação do atendimento à demanda espontânea, a enfermeira da ESF encontrava-se ansiosa e nervosa com a quantidade de pacientes agudos para atender, principalmente porque era dia de coleta de exame citopatológico de colo uterino e as mulheres que foram previamente agendadas estavam insatisfeitas com a demora. De acordo com a secretária da unidade essa situação é recorrente na equipe. Muitas vezes sendo necessário o cancelamento ou remarcação das consultas programadas. (NO)

No estudo de Gomes (2013), realizado em Belo Horizonte analisou a conduta adotada pelos profissionais da APS quanto ao atendimento de usuários com casos agudos e concluiu que é necessário que a APS esteja sempre de portas abertas para receber o usuário em sua procura espontânea e também nunca abrir mão da atenção programada, pois caso contrário o que se vê é uma política de apagar incêndio quando os casos crônicos agudizam.

Os profissionais de saúde e gestores apresentam dificuldades para realizar o manejo de doentes crônicos na APS, mesmo a legislação (diretrizes, portarias e linhas guia) estando disponível e acessível para consulta e direcionamento das condutas. O desconhecimento da legislação gera um vazio na assistência ao usuário crônico e sua família, ocasionando a demanda excessiva na APS, principalmente de casos agudos e/ou crônicos agudizados.

As consequências da demora do atendimento e desorganização dos serviços de saúde também foram referenciadas pelos participantes:

Aí aquele que está precisando mesmo não fala nada, não pede, entendeu? Porque tem uns que gostam muito de esconder. Tem uma paciente que eu estou tentando achar desde mês passado, nada de acha-la na casa. Fiquei sabendo por um vizinho que ela deu derrame e não reclamava, não me pedia nada... [E15]

Nesses pacientes que voltam das internações, ou mesmo das observações da UPA, a grande maioria têm condição crônica. Eles vão para lá por uma agudização dessa doença crônica. Ou seja, os casos que vão para o hospital são aqueles casos que nós da atenção primária não conseguimos dar conta por n fatores [E18]

O ACS exerce um papel de vigilante dos casos da comunidade e o médico tem clareza das condições crônicas que, quando agudizadas tem consequências para as pessoas e serviços. Duarte *et al.* (2015), em seu estudo sobre o cuidado à criança com condição crônica afirmam que a sobrecarga gerada pela demanda do dia reflete na assistência à criança em condição crônica, este cuidado que necessitaria de ser realizado com apoio profissional encontra-se negligenciado, sendo transferido à família. Essa sobrecarga atrapalha a realização de ações e atividades programadas e ações de prevenção, o que poderia favorecer os usuários com condições crônicas. Os profissionais reconhecem que a APS é o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e que isso é um benefício:

O ponto positivo é que ele tem porta aberta, ele chega e é acolhido, seja por um profissional de nível médio, de nível superior, essa política de atendimento funciona, paciente chega na unidade e mesmo que não consiga inicialmente passar com o profissional médico, ele tem um outro profissional que vai acolher, orientar ou encaminha-lo naquele momento para outro profissional que deseja ser atendido [E16]

O paciente tem a ESF como porta de entrada. Aqui trabalha tudo em relação a doença, analisa a família, condições, isso tudo. Se por acaso a gente não consegue resolver o problema, ou se o paciente tem alguma condição que a gente não consegue resolver, ele é encaminhado para o setor secundário, de atenção secundária. [E3]

As condições crônicas pressionam o sistema para um desenvolvimento da APS como *lócus* principal de cuidado da população. Demanda um aumento do adensamento tecnológico da APS, com o objetivo de promover a resolutividade necessária e esperada, elevando-a a outro patamar, expandindo sua responsabilidade não só com o cuidado materno infantil e cuidado de doenças infectocontagiosas como também na promoção da saúde e prevenção (BOUSQUAT *et al.*, 2019).

Assim, a APS passa a ocupar o centro na organização das RAS, de forma a fortalecer a concretização do cuidado resolutivo de doentes crônicos, uma vez que é

responsável pela integralidade da saúde de sua população e pelo cumprimento dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação), além de desempenhar funções na completude da mesma (CHUEIRI *et al.*, 2014).

Contudo, o que muitas vezes se percebe é a dificuldade de aceder à RAS, principalmente a atenção especializada / secundária e garantir o cuidado integral.

Eles (os pacientes) reclamam muito que às vezes demora muito tempo para conseguir uma consulta especializada, chega lá o médico nem olha. E é aquela coisa da consulta que dura cinco ou dez minutos e a gente entende que às vezes nem é culpa do profissional, é a pressão do sistema mesmo. Você tem que fazer, tem que fazer a sua produção, tem que cumprir meta. Então a gestão pensa que está pagando caro um especialista, então quer que ele atenda 30, 40, 50 pacientes por dia. Se vai olhar ou não, não interessa. Esse é um problema muito sério. [E11]

O fluxo do paciente no do sistema é muito ruim ... resumindo quando chega no nível de especialista praticamente todas as especialidades, a demanda é muito grande e então a marcação é muito demorada, vai demorar um ano o atendimento de um neurologista. E quando se pede um exame, por exemplo, um ultrassom não se consegue fazer aqui, um simples RX não é feito e aí se a pessoa quiser fazer particular, tem que pagar, se tiver um convênio ajuda, mas deixa a desejar. E isso impacta diretamente na minha assistência. O risco da pessoa ter uma complicação é muito grande. Então não é o fluxo que a gente deseja, num flui como a gente deseja, não flui. [E18]

Os gestores também compreendem que o acesso é um problema para garantia da integralidade e que possibilitam o aparecimento de novos agravos:

Então, hoje, isso não é em Sete Lagoas, isso é no Brasil. É um gargalo, hoje você tem um grande incentivo para a atenção primária, você tem um incentivo para urgência, mas o que falta são os especializados, a secundária. Então a secundária a gente precisa, até pra que tenha uma propedêutica mais rápida, o paciente não evolua por algo mais grave, você tem que ter um exame em tempo hábil, você tem que ter o especialista em tempo hábil. [E20]

O acesso reduzido a serviços abrangentes e contínuos, como os cuidados centrados no paciente, pode agravar as condições crônicas, levando a mais visitas ao departamento de emergência e hospitalizações que seriam evitáveis (ALMALKI *et al.*, 2018). No entanto, o que não é passível de ser resolvido na APS encontra barreiras principalmente na atenção secundária e o paciente com condição crônica pode agudizar seu quadro com prejuízos para a pessoa e para o sistema de saúde. Se o paciente é invisível na APS vai continuar invisível no sistema, até que busque as portas de urgência.

Se temos um desafio quando o paciente comparece à unidade, esse desafio torna-se muito maior quando o usuário não procura a ESF.

Hoje nas unidades que eu gerencio, atendemos mais o paciente agudo. O agudo, ou talvez variando do crônico agudizado com o agudo. o paciente crônico procura, mas ele procura menos, mas aquele que é só o crônico, parece que ele pensa que já está tomando o remédio e não precisa voltar, ele só volta quando piora, quando tem uma crise hipertensiva; só volta quando tem alguma queixa e se não tem essa queixa, ele não procura, ele só renova a receita. É aí que a gente peca, eu só fico renovando a receita durante 2 (dois) anos, quando você vai puxar no prontuário esse paciente está sem nenhuma consulta a 2 (dois) anos somente renovando receita, porque ele não teve nenhum problema durante esse período. [E24]

Então, esses que não vem na unidade a gente não tem uma busca ativa desses pacientes não. Estamos muito focados nesses pacientes que vem. Eu tenho trabalhado com as ACS nesse sentido de eles entenderem esse processo...[E6]

O doente crônico com queixas é, comumente, um grande frequentador da ESF, buscando-a pelos mais diferentes motivos: consulta de acompanhamento, renovação de receitas, atendimento para agudização de sua condição crônica, verificação da pressão e/ou glicemia, entre outras (MENDES, 2016). No entanto, o paciente que se encontra sem queixas, normalmente é invisível para a equipe da ESF, muitas vezes esse paciente só irá procurar a unidade quando sua situação de saúde piorar e neste ponto, o tratamento será mais complexo. Para agravar ainda mais a situação, grande parte das condições crônicas são assintomáticas o que pode culminar em um diagnóstico tardio ou até mesmo um subdiagnóstico.

Julião e Guimarães (2019), afirmam que, mesmo a hipertensão sendo atualmente uma das condições crônicas mais estudadas e dos principais problemas da saúde pública devido a sua elevada participação na carga de morbimortalidade da população ela ainda é subnotificada, principalmente em grupos de risco como hábito de consumo nocivo de bebidas alcoólicas, pessoas obesas e com circunferência da cintura aumentada, autoavaliação positiva do estado de saúde, e entre os indivíduos mais idosos.

Um estudo que analisou dados de inquérito transversal, da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mostrou que, dos 45% de adultos que referiram DCNT, 25% desses utilizaram os serviços de saúde nos últimos quinze dias. Indivíduos sem DCNT usam metade das vezes os serviços comparado com os adultos com DCNT. Outra relação observada é o acréscimo da procura de serviços de saúde com o aumento das

comorbidades. Os usuários com DCNT informaram mais hospitalização, deixaram de realizar atividades nos últimos quinze dias devido a problemas de saúde e realizaram mais consultas médicas no último ano. A população com DCNT de ambos os sexos usa mais serviços de saúde se comparada com a população sem DCNT. Salienta-se a relação causa efeito entre a utilização de serviços de saúde e doença, de modo que o consumo de serviços de saúde é influenciado diretamente pela doença (MALTA *et al.*, 2017).

A suposição do gerenciamento de casos é que, direcionando a atenção primária adicional e individualizada a esses pacientes, é possível evitar internações mais caras na atenção secundária (particularmente as admissões de emergência). Assim, os custos gerais de gastos com saúde podem ser reduzidos, os pacientes podem ser tratados em um ambiente mais satisfatório para eles e de maneira mais holística e preventiva (STOLKES *et al.*, 2017).

Desse modo, além do impacto no orçamento, desafios para a gestão do SUS e para o processo de trabalho em saúde trazem consigo a necessidade de mudar o modelo de assistência e de organização do sistema como um todo. Implicam uma nova forma de funcionamento deste serviço e do processo de trabalho das equipes ao demandarem uma atenção integrada, constante e coordenada (CHUEIRI *et al.*, 2014).

Para que haja um aumento na visibilidade das condições crônicas na APS é preciso que o modelo biomédico hegemônico seja substituído, porém, os entrevistados encontram dificuldades de superá-lo:

Eu acho que as ações curativistas são mais fáceis do que as preventivas. E tem maior valor inclusive, no sentido de que quando eu mando um paciente morrendo todo mundo me dá atenção, quando eu falo que esse paciente vai morrer daqui a 1 ano, o povo fala assim olha ainda tem 1 ano para a gente pensar, não se preocupe com isso agora. [E6]

Eu acho que o problema da atenção primária hoje, continua sendo o de desde o início, a gente está voltado para cuidar do adoecimento e fazer a prevenção a gente consegue fazer muito pouco. [E2]

E a gente sabe que realmente é complicado mudar estilo de vida, mas eu acho que isso é muito difícil, aderir a mudança de estilo de vida. É mais fácil aderir ao medicamento. [E11]

A saúde pública clássica, constituída fundamentada no modelo biomédico e na tecnociência, também está enraizada nas práticas de atenção à saúde dos

profissionais. Esse problema correlaciona-se com a dificuldade em obter profissionais capacitados para repensar as práticas educativas e trabalhar no modelo da ESF de acordo com a visão de promoção à saúde, cumprindo os pressupostos da APS. Para um expressivo número de instituições formadoras de profissionais da saúde (enfermeiros, nutricionista, médicos, entre outros), a educação em saúde é delineada como uma educação estritamente clínica e no paradigma biomédico. Tal visão favorece o surgimento de obstáculos, como o distanciamento do paciente, do profissional e da família, dificuldades na compreensão do diálogo entre os envolvidos e desprezo dos conhecimentos advindos dos pacientes (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015).

A cronicidade é um conceito que exige uma estrutura melhor para compreender as implicações das condições crônicas de saúde e polipatologia para as pessoas afetadas, suas famílias e cuidadores, e para sistemas e sociedade. No nível micro, esse conceito representa um foco nas pessoas que vivem com condições crônicas e precisa encorajar o cuidado centrado na pessoa, no qual as responsabilidades de autogestão não podem ser evitadas. No nível macro, há necessidade de redesenhar a prestação de cuidados de saúde (NUÑO-SOLINIS; ORUETA; MATEOS, 2012).

Foi o que a China fez ao avançar em direção à prestação integrada de cuidados de saúde com base na APS, no entanto, o alcance das metas estratégicas depende de mais do que melhorias na assistência à saúde; precisa de colaboração multissetorial para atender às prioridades de saúde. A reforma da saúde é apenas o começo de um esforço nacional para melhorar a saúde da população (YIP *et al.*, 2019).

5.4 A interface do trabalho organizacional e administrativo no contexto da cronicidade

No que tange a essa categoria optou-se por analisá-la sob a ótica da influência do trabalho administrativo e organizacional nas particularidades da assistência ao paciente crônico, destacando o processo de educação permanente e as fragilidades da gestão (falta de recursos, precariedade da estrutura física e pouca oferta de profissionais). Assim, está organizada em duas subcategorias, a saber: *O processo de educação permanente em condições crônicas e Desafios (ainda) atuais da gestão na Atenção Primária à Saúde.*

5.4.1 O processo de educação permanente em condições crônicas

Mundialmente, a força de trabalho em saúde é identificada como alicerce para a fortificação dos serviços de saúde, capaz de garantir entrada a serviços de boa qualidade. No entanto, apenas o aumento do número de trabalhadores não é suficiente, sendo necessário certificar que estes profissionais estejam preparados para acolher as demandas e carências de cada população (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), apresenta a importância da educação e do desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde. O Brasil (BRASIL, 2004), inseriu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2007 como plano ético-político-pedagógico que tem como objetivo transformar e qualificar a atenção à saúde, os métodos instrutivos, as técnicas de educação em saúde, além de sistematizar as ações e o trabalho em uma perspectiva intersetorial (FERREIRA *et al.*, 2019).

Desta forma, o termo educação permanente em saúde (EPS) relaciona-se à formação e qualificação dos trabalhadores, levando em consideração as necessidades de saúde da população e a adequação dos processos de trabalho das equipes. A EPS apresenta-se como uma evolução da educação continuada que está relacionada a programas educacionais verticalizados, com a adoção de ações centradas em treinamentos segmentados por categorias profissionais, na maioria das vezes distanciados da prática e das necessidades de saúde das populações atendidas (MESQUITA; *et al.*, 2020).

Assim, o reconhecimento da importância da EPS referentes às condições crônicas pela gestão municipal regulamenta a tomada de decisão, podendo intervir nos estados de saúde e doença dos usuários. Os depoimentos dos gestores e profissionais evidenciam que o planejamento e a organização do processo de capacitação/educação continuada ocorrem setorialmente, divididos por doenças, sendo necessário ampliar a oferta:

O papel da educação continuada nas unidades para o tratamento das condições crônicas é fundamental e essa educação continuada a gente está tentando estruturar. Essa questão, foi uma das coisas que a gente pontuou com a atenção primária, é uma maneira que a gente tem de estabelecer protocolos assistenciais e organizar a assistência de uma maneira mais homogênea. Inclusive porque a educação é lei e passa por formatações e treinamentos que não envolve só assistência. [E21]

Há um tempo atrás, há uns dois anos, nós tínhamos é o nosso PEP, que é o programa de educação permanente, inclusive tínhamos o HIPERDIA, um grupo de profissionais que encontrava com a gente, geralmente com datas predefinidas, com uma sequência de temas e que a gente discutia. De um tempo para cá, está suspenso. E nós precisamos retomar isso, então a gente está em fase de elaboração para retomada da educação continuada em relação a doenças crônicas. [E25]

Agora parou. Dentro da própria unidade também, nem na secretaria estão fazendo mais essas coisas para gente. Isso é importante demais, tinha que voltar. Tinha que voltar porque sai gente, entra gente e às vezes a gente não sabe lidar com aquilo ali, é complicado e fazendo o curso é muito bom para melhorar nosso atendimento. [E15]

O estudo de Silva *et al.* (2017), realizado com gestores de saúde no Rio Grande do Sul também evidenciou, que não há ou não constam no planejamento, propostas de educação destinadas aos trabalhadores. Os extratos das entrevistas registravam apenas a existência de ações educativas isoladas e compartimentadas, com ênfase no tecnicismo e descontinuas.

Ressalta-se que os profissionais não citaram as capacitações por meio online (ex. telessaúde, que é um sistema de prestação gratuita de serviços de saúde à distância, realizados com a ajuda das tecnologias da informação e de comunicação) como facilitadores no processo de formação, tais ferramentas tecnológicas poderão contribuir para melhorar a eficácia no acompanhamento do paciente crônico na APS.

Considerando que a educação permanente (EP) e continuada emergiu das políticas públicas de consolidação da ESF a partir da orientação da APS, pautada na visão transformadora do modelo assistencial biomédico (FIGUEIREDO *et al.*, 2017), pode-se compreender que esta visão ainda se mantém. Assim, torna-se necessário superar o sentido curativo e a educação dos profissionais da saúde concebida sob o olhar técnico gerencial:

Isso aqui em Sete Lagoas é como se tivesse as capacitações por doenças. Por doenças mesmo [E16]

Eu faço. Eu tenho um plano, uma programação de treinamento anual aqui na unidade. Essa programação não é fixa, pode ser alterada. Mas ela não é toda voltada para pacientes com condições crônicas. [E19]

Ao analisar o cronograma e o livro ata dos treinamentos referidos pela participante 19, percebe-se um direcionamento para ações curativistas. O cronograma contempla treinamento para HAS, DM, doenças mentais (ênfase em depressão e suicídio), câncer de colo de útero, mama e próstata, infecções sexualmente transmissíveis, arboviroses, planejamento familiar e saúde na escola. Ressalta-se que, apenas os dois últimos são direcionados para a promoção da saúde e prevenção. Quanto aos treinamentos/capacitações realizadas, em 2019 ocorreram somente 3 ações (relacionamento interpessoal da equipe, prevenção do suicídio e boas

práticas de visita domiciliar ao hipertenso), sendo duas realizadas por acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior e outra pelo psicólogo do NASF (NO).

As ofertas de educação para equipes de APS, hegenomicamente, são reconhecidas como métodos de atualização e treinamentos para desempenho de condições singulares. Embora tenham importância como educação continuada, da forma como são conduzidos não permitem, na maior parte das vezes, a adequada reflexão sobre temas e demandas estratégicos para funcionamento das equipes. Assim, a própria metodologia utilizada nas capacitações pode ser analisada no momento em que é comum não produzir a transformação necessária para a prática profissional (GONÇALVES *et al.*, 2017).

A assistência ao paciente crônico não será integral se não houver profissionais capacitados para atendê-los. Direcionar a formação desses profissionais para a doença e não para a vigilância em saúde e para a sustentação do autocuidado é permanecer na lógica biomédica, episódica e reativa que não gera sucesso no acompanhamento do crônico. Corroborando com resultado desse estudo, Nogueira *et al.* (2019), ressalta que no cuidado ao idoso crônico na APS prevalece o padrão de assistência que favorece intervenções terapêuticas em função de preservar a funcionalidade integral do idoso, provocado provavelmente pela incipiente capacitação do profissional na gerontogeriatría. Este fato pode ser modificado pela EPS construindo saberes e práticas que se associem ao envelhecimento saudável da população (NOGUEIRA *et al.*, 2019).

Outro ponto importante relaciona-se a ocorrência de que os treinamentos voltados para a saúde mental, muitas vezes, também são centrados no modelo biomédico/psiquiátrico, destacando o diagnóstico das alterações mentais e os recursos terapêuticos, além de se apresentar de maneira descontextualizada do cotidiano do trabalho em saúde (RÉZIO; FORTUNA; BORGES, 2019).

É preciso que os trabalhadores da saúde destinem um espaço para analisar a realidade em que se encontram, para identificar os problemas no trabalho, bem como prováveis recursos educacionais de enfrentamento, associando teoria e prática, desconstruindo o modelo biomédico e reconstruindo o conhecimento com base nos princípios e diretrizes do SUS. Mas, para que isso efetue-se, é necessário substituir a metodologia de transferência do saber verticalizado utilizada em diversos cenários por

metodologia da problematização, na qual o profissional é participante ativo do seu processo de aprendizagem (BARBOSA *et al.*, 2019).

Observando o território e adstrição dos usuários foi possível perceber que existem dificuldades relacionadas aos serviços burocráticos, legais, de estrutura e gerencial envolvendo a ESF. Neste contexto, está presente nos discursos a necessidade de formação adequada dos profissionais da saúde para assistir os usuários com condição crônica. As falas discorrem sobre a fragilidade do conhecimento e compreensão das equipes para perceberem as necessidades deste usuário, a importância da qualificação por meio de capacitações em rede, o importante papel da escola nas unidades básicas, a comunicação como importante instrumento de conhecimento e melhorias da atenção.

Capacitação está a desejar. A gente precisa ser mais capacitado, ter mais reuniões. Diminuiu bastante esse ano, tinha mais. Mas eu acho que é relevante sim, porque coisas tem que ser passadas a todo momento. Então há experiências quando a gente reúne com outros enfermeiros eu acho isso importantíssimo, e acho que isso está faltando. [E10]

Demais da conta, a capacitação é super importante. Eu acho que deveria ter capacitação para o técnico de enfermagem todo mês. Como acolher, como atender, medicação, as doenças crônicas, tudo, porque todo dia está mudando. Quantas vezes nós já chegamos aqui e aí isso faz é desse jeito, mas eu não estou sabendo, até mesmo com as estagiárias, porque o que elas estão aprendendo elas passam pra gente, elas estão novas, o que nós aprendemos está lá atrás. [E13]

Os relatos mostram que há várias formas de aprender e que podem ser otimizadas, mas necessitam planejamento. Os participantes relataram impacto positivo das qualificações de pós-graduação em seu desenvolvimento pessoal e profissional. Estudo realizado no Japão, ressalta que, atualmente, é necessário aumentar a sofisticação na educação em saúde por meio da elaboração de planos de desenvolvimento profissional. Essa ação permite o aumento do conhecimento, mudanças nas práticas e reconhecimento como educadores do eu e dos outros. Por meio da qualificação, é possível assumir posições de liderança e seguir trajetórias mais elevadas na carreira (SETHI *et al.*, 2018).

Neste mesmo sentido, o estudo de Furlan *et al.* (2018), realizado no Novo México, nos Estados Unidos, sobre a avaliação de uma intervenção inovadora de teleeducação no tratamento da dor crônica para clínicos gerais em áreas carentes, mostrou que a participação no programa de educação impactou suas práticas. A maioria relatou que a participação melhorou a qualidade e a segurança do

acompanhamento do paciente com dor crônica e reduziu a variação no atendimento, além de expandir o acesso a tratamentos efetivos na comunidade (FURLAN *et al.*, 2018).

Na China, as reformas de saúde iniciadas em 2009 tiveram o objetivo de construir um sistema que proporcionasse assistência básica e acessível a toda a população até 2020; esses planos tinham vários componentes. Um aspecto que os chineses deram ênfase especial foi quanto ao treinamento para melhorar a prestação de serviços de atenção primária (ZHU; FORS; SMEDBERG, 2018).

Os profissionais deveriam manter suas habilidades através da educação ou treinamento contínuo para garantir que sua prática profissional permanecesse apropriada ao longo de sua vida profissional. Este programa contribuiu para aprimorar o conhecimento sobre gerenciamento de doenças e habilidades de avaliação crítica, bem como valorizar a autoconfiança e a autoeficácia no gerenciamento da doença. Ações como essa tendem a elevar o crescimento e desempenho da equipe (SEKI *et al.*, 2019).

O desenvolvimento de competências e garantia de atendimento de alta qualidade ao paciente podem ser desenvolvidos utilizando a EPS. Em uma síntese de revisões sistemáticas, Cervero e Gaines (2015), concluíram que a capacitação contínua melhora o desempenho do médico e os resultados para o paciente. Estudo realizado na Malásia também mostrou que EPS está associado ao aumento da satisfação e ao melhor bem-estar psicossocial dos pacientes com diabetes e é bem recebido entre os prestadores de cuidados de saúde. Médicos e enfermeiros que participam de capacitações permanentes mostraram melhorias significativas no conhecimento e nas habilidades em cuidados com diabetes, foram capazes de aplicar os novos conhecimentos e habilidades no tratamento destes pacientes e também em outras áreas clínicas (CHENG LIM *et al.*, 2019).

Ressalta-se a necessidade de orientar a formação e a educação permanente de profissionais de saúde e gestores, para as características da APS e para as dificuldades de saúde da população e dos usuários sob dever das equipes da ESF, por meio da ampliação de recursos de educação a distância que favorecerão a qualidade dos cuidados clínicos e atuações coletivas. Médicos, enfermeiros, dentistas, ACS e profissionais do NASF igualmente, demandam programas que envolvam a educação permanente e o fortalecimento do trabalho em saúde, centrado na universalização da ESF (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Ao compreenderem as vantagens da EPS para os usuários do serviço, os profissionais têm a chance de melhorar a prática em saúde. Trata-se da inclusão da problematização na rotina de trabalho. Evidencia-se que os profissionais tendem a apropriar de uma escuta mais atenta, capaz de entender as demandas trazidas pela população e criar com eles uma comunicação efetiva. Por outro lado, a incompreensão dos profissionais e a ausência de protocolos para o manejo de pacientes ambulatoriais com condições crônicas provoca risco e perpetua um ciclo de capacitação inadequada dos profissionais e tratamento inapropriado de pacientes no âmbito da rede assistencial pública.

5.4.2 Desafios (ainda) atuais da gestão na APS

O SUS por meio da ESF trouxe muitos avanços para o cuidado do paciente crônico, mas ainda enfrenta inúmeras provocações quanto a sua efetivação em desempenhar seu papel na preservação de uma saúde pública de qualidade à população brasileira. Muitos desses desafios estão relacionados às fragilidades de organização e gestão. Dentre esses, se destacam: perfil dos gestores, escassez de recursos financeiros, precariedade de estrutura física, dificuldade de acesso à atenção especializada e o excesso de trabalho administrativo.

O financiamento do SUS está previsto na CF e teve sua regulamentação nas Leis Orgânicas da Saúde, as quais reúnem as leis federais 8.080 e 8.142, de 1990 . A CF prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e as leis orgânicas, a forma de divisão e o repasse dos recursos entre as esferas de governo (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Outro marco histórico é a Emenda Constitucional 29/2000, que ratificou a vinculação de recursos financeiros da seguridade social, e definiu percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida para os Estados (12%) e os Municípios (15%). No entanto, para o governo federal não foi estabelecido um mínimo percentual vinculado à Receita Corrente Líquida, situação que ao longo dos anos elevou, de forma substancial, os percentuais investidos em saúde pelos demais Entes da Federação. O financiamento que já não era bom, piora em 2016, quando o Congresso Nacional promulga a Emenda Constitucional 95, a qual limita os gastos federais por 20 anos ea correção se dará

pela inflação do ano anterior e, no caso da saúde, não mais pelo crescimento da Receita Corrente Líquida (CNM, 2018). O subfinanciamento ou uso inadequado dos recursos da saúde é também um dos maiores motivos de preocupação para os gestores de saúde:

Na nossa cidade, eu acredito que não seja diferente das demais cidades do país, carece de recursos, a saúde precisa sempre de recursos. Precisa de boa gestão? Precisa. mas a população tem utilizado cada vez mais o sistema público por uma situação financeira limitada que a gente tem encontrado. Saúde é caro, custa caro, e eu costumo dizer que meu paciente não paga nada, mas custa muito caro. A gente tem que lembrar disso, porque às vezes o hábito de pensar que o SUS é de graça, o SUS custa muito caro para se manter e o financiamento nunca é suficiente. [E21]

O relato traz diversos aspectos como financiamento, gestão, aumento da população usuária do SUS e custos elevados. Porém há que se ressaltar que o usuário não paga quando usa, mas já pagou antes por meio de impostos direcionados à saúde e isto implica em boa gestão para atender suas necessidades. No que se refere ao desafio do financiamento da saúde, Gonçalves *et al.* (2017), revelam que este é decorrente principalmente da insuficiência de recursos e da má administração dos mesmos. O custeamento público destinado à saúde é pequeno se equiparado com outras nações e, em particular, quando se tem um sistema de saúde universal. Também deve ser analisado que, em função do método tributário no Brasil, há uma dependência das administrações municipais em relação a transferência de recursos das outras instâncias da gestão, em especial do governo federal. De certa forma, isso dificulta a possibilidade das cidades progredirem nos critérios de APS diferentes do projeto financiado pelo Ministério da Saúde.

A condição crônica representa o principal fator de utilização de cuidados de saúde nos EUA. Além da alta prevalência, outro agravante são as multi-morbidades (várias doenças simultaneamente), que também são cada dia mais frequentes. Esses pacientes são mais propensos a ter grandes lacunas na qualidade do atendimento e são mais propensos a desenvolver complicações de suas doenças crônicas que levam a procedimentos médicos dispendiosos e hospitalizações (CHWASTIAK; VANDERLIP; KATON, 2014). Pacientes com múltiplas condições crônicas representam cerca de 50% do total de pacientes crônicos, e essa condição multiplica por 6 o custo de saúde deles em relação àqueles com apenas uma ou nenhuma

doença crônica; e o custo de pacientes com cinco ou mais doenças crônicas representa dois terços do gasto total em saúde de algumas organizações de saúde, na França, o que equivale quase 85 bilhões de euros a cada ano (LESENDE, 2013). Desta forma, aprimorar o cuidado do paciente crônico é uma forma de reduzir custos e gerir melhor o financiamento.

Outra fragilidade que influencia na assistência às condições crônicas é a precariedade da estrutura física.

...você sabe que eles (os gestores) colocaram a gente aqui? Aí fica sem sala, hoje mesmo a médica estava procurando sala para atender. Eu acho um descaso a gente não ter sala. Não tem como falar assim: hoje é dia para isso, aquele dia para aquilo, que às vezes nem sabe se vai ter sala para atender. Tem hora que tem que triar paciente e não tem sala para o enfermeiro triar. Então ele não consegue nem organizar a agenda dele. Porque se ele não tem espaço, como é que ele vai atender as pessoas? Ele tenta, tenta organizar da melhor forma. [E12]

E outra coisa: a gente ali na nossa sala de procedimentos e a vigilância cobra tudo, a vigilância sanitária vem aqui e a gente não tem uma pia para lavar as mãos. Qual é o lema da enfermagem? é as mãos, a lavagem das mãos, e a gente não tem como lavar. [E17]

Não prover espaços adequados dificultam a integralidade da assistência, mesmo os profissionais improvisando os locais de atendimento. Em quase uma década, as aplicações em infraestrutura da APS foram consideráveis, sobretudo com o Programa de Infraestrutura e Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Houve uma redução de 70% para 15% de UBS que tinham problemas e carências estruturais, principalmente de instalações e insumos (BOUSQUAT et al., 2017b).

Neves *et al.* (2018), ao analisarem a organização das UBS para atenção a pessoas com diabetes no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), verificaram que a predominância de estrutura adequada de materiais, medicamentos e física foram maiores em 2014, em equiparação a 2012. Os recursos materiais passaram de 3,9% para 7,8%; de medicamentos, de 31,3% para 49,9%; e física, de 15,3% para 23,3%. No entanto, no município estudado, a estrutura física ainda necessita de ajustes para o acompanhamento do paciente crônico, principalmente no local para realizar consultas e acolhimento.

O desequilíbrio entre a demanda de consultas (principalmente da atenção especializada) e a oferta de profissionais também são um desafio para garantia da integralidade do atendimento ao paciente crônico.

Na verdade a atenção secundária é complicada porque hoje trabalho com cotas, então as cotas são insuficientes para dar mais respaldo para o profissional clínico que está na ponta. Por exemplo, pede-se um exame e encaminha pra um especialista, muitas vezes o especialista pede um exame e fala: volta daqui 60 dias, e o paciente só vai voltar daqui a um ano. Às vezes não tem vaga, então são alguns dificultadores. [E20]

O problema deste público é justamente no pós unidade, pois na unidade o acesso é fácil porque temos médico, enfermeiro, profissionais do NASF. Mas quando a gente tem uma necessidade secundária, que seriam os especialistas, o processo para, se for um cardiologista, um oftalmo esse paciente vai demorar muito para ser atendido. Infelizmente, aí o processo para, não tem continuidade no processo. [E2]

Infelizmente não temos facilidade com consultas não, principalmente com especialista, vários tipos de exames. Inclusive a gente tem muitos exames que não estão marcando com ultrassom, endoscopia, muita coisa. Então tem demanda a gente precisa, mas não tem. Não tem vaga. [E5]

A atenção secundária sempre foi um obstáculo no SUS e as consequências do retrocesso econômico e da retenção orçamentária no SUS talvez já possam ser verificados na rede básica de saúde, o que afeta, por exemplo, o fornecimento de pessoal em um cenário de maior procura pelos serviços públicos resultante do acréscimo do desemprego, da restrição de direitos trabalhistas e de poder aquisitivo da população (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A inadequação entre a necessidade e a proposta das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação estabelece as enfrentamento atuais do SUS. Diante disso, todos os atores incluídos neste processo de crescimento profissional devem estar acessível e capacitados a compreender a necessidade da (re)construção diária de sua prática (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019). Assim, um método para aprimorar a agenda é analisar a periodicidade com que são estabelecidos os retornos dos pacientes. Os intervalos podem ser baseados em indicações clínicas e não em intervalos padrão por diagnóstico, ou seja, o tempo estimado para retorno pode variar de acordo com o quadro de cada usuário.

Desta forma, é preciso que os profissionais desenvolvam outras formas de controle dessas condições. Para tal, é viável o emprego de planilhas, que podem ser repassadas em concomitância entre os diversos profissionais da equipe, assegurando

comunicação efetiva para realizar busca ativa quando necessário. Este tipo de artifício proporciona qualificar a observação das condições crônicas, inserindo à análise categorizações de risco que deem evidência para usuários que tem mais urgência (GONÇALVES *et al.*, 2017).

As diretrizes de cuidado ao paciente crônico reconhecem que, para manter o tratamento interrupto, os pacientes precisam de assistência que se estendem ao longo do tempo, níveis de atendimento diferentes e prestadores de serviços capacitados. Isso exigiria uma transferência eficiente de pacientes entre instituições e níveis tecnológicos. Assim, a comunicação entre a equipe e a RAS é outra provocação complexa na gestão das condições crônicas, especialmente a comunicação entre os serviços da RAS:

Contra referência nunca recebi! Mesmo pedindo. É sério, nunca recebi! Eu passo para o paciente a referência e falo: pede para o médico me mandar um relatório falando o quê que fez e traga... Nunca recebi! Aí você fica tentando descobrir pelo paciente o que foi feito, a maioria não sabe relatar. Você pergunta: o que ele falou? Ele não sabe dizer. Aí você olha a receita e tenta ir pela receita. É muito difícil. [E11]

São raros os profissionais que dão a contra referência para a unidade, geralmente fica só de ida, não tem volta, às vezes volta só o retorno, o paciente com marcação de retorno, a gente não sabe o atendimento que foi aplicado. Esse retorno essa contra referência, para dar continuidade e fazer acompanhamento não acontece. [E16]

A transferência de cuidado e responsabilidades é um desafio, principalmente a contrarreferência para dar continuidade ao tratamento, o que é essencial para a pessoa com condição crônica, além de ser oneroso para o sistema de saúde. Às vezes, as transferências são feitas como parte de um processo mais amplo de transição, definido como um conjunto de ações para garantir a coordenação e a continuidade do atendimento à medida que os pacientes se transferem entre locais ou entre níveis de atendimento. O processo de transferência é central para a prestação de cuidados contínuos aos pacientes com condições crônicas. Deste modo, para aprimorar os efeitos da transferência de pacientes e fortalecer o atendimento ao crônico, sugere-se que o deslocamento de pacientes seja considerada parte do gerenciamento de doenças crônicas como um todo (ODAYAR; MYER, 2019).

O estudo de Vaz *et al.* (2018), realizado em João Pessoa/PB evidenciou que as referências são feitas pelas equipes de ESF, porém, na maioria dos casos, os profissionais não recebem a contrarreferência de especialistas e nem da atenção

terciária. E quando o usuário retorna para a APS sem a contrarreferência, tornar-se uma dificuldade para a gestão do cuidado.

Destaca-se que são necessárias mudanças significativas no sistema de saúde para acolher às demandas de cuidados crônicos e a contrarreferência é uma delas. Percebe-se que, a gestão está se organizando para melhorá-la e um dos pontos centrais é a utilização do prontuário eletrônico:

Então, na verdade a gente está trabalhando para melhorar a contra referência com a implantação do prontuário eletrônico, que é uma integração entre todas as redes. Aí vai diminuir o problema, porque vai estar tudo interligado, o paciente passou na atenção primária, passou na urgência, você vai acompanhar a história toda dele, você vai ter a contra referência dele, mas é preciso também que coloque no sistema, não adianta ter só o prontuário e ele não ser alimentado. [E20]

Quando o gestor favorece o acesso ao conhecimento, bem como a comunicação e organização entre os profissionais e usuários, possibilita aos serviços de saúde a relação de confiança, com efeito positivo na tomada de decisões (VAZ *et al.*, 2018). As tecnologias de informação moderam os custos, devido ao corte de retrabalhos e permitem a inserção da gestão da clínica nas instituições de saúde. Nesta perspectiva, os municípios estão evoluindo para introduzir, de forma integral, o prontuário eletrônico, uma ferramenta benéfica para articular os serviços e aprimorar a gestão dos cuidados (PENA *et al.*, 2020). As unidades em estudo, na ocasião da coleta de dados, estavam se articulando para o emprego do sistema e-SUS, porém, os dados mostram que necessitam qualificar a informatização e os programas para responder de forma- apropriada os registros de referência e contrarreferência.

Os sistemas de informação também devem ser transformados para suportar o compartilhamento de informações clínicas na rede. Em outras palavras, a organização da rede pressupõe que diferentes pontos de atendimento, agrupando diferentes equipes, desenvolvam visões clínicas e práticas coordenadas, mecanismos de referência coerente de pacientes, sistemas integrados de compartilhamento de informações clínicas, para serem capazes de assegurar a coordenação eficaz do atendimento.

Outro fator abordado que prejudica diretamente na coordenação do cuidado é referente ao excesso de trabalho administrativo pela equipe, com ênfase no profissional enfermeiro.

Eu acho que do ponto de vista da enfermagem, se eu tivesse menos tarefas administrativas, eu seria melhor na assistência. Às vezes eu tenho que deixar um dia na agenda para fazer a parte administrativa, quando poderia estar atendendo o público. Por exemplo, saúde mental eu não faço nada hoje específico para esse público, eu poderia ter esse dia para atender saúde mental na unidade. Então é a questão do papel do enfermeiro na atenção primária que tem mudado um pouquinho. A gente está voltado para processo de trabalho computador, papel e a assistência tem ficado um pouco fragilizada nesse sentido. [E2]

O excesso de trabalho administrativo também foi constatado diversas vezes durante a observação. Em uma delas, o enfermeiro tinha a agenda organizada para atendimento de pré-natal e algumas gestantes já se encontravam na unidade. No entanto, recebeu uma ligação da gestora distrital que solicitou uma relação de material para pessoas portadoras de lesões crônicas e como estavam em processo de licitação, a mesma deveria ser entregue em uma hora. Isto obrigou o enfermeiro a cancelar parte de suas consultas para resolver o problema administrativo. Quando abordado sobre o assunto relatou que isso é tão comum que nem surpreende mais, mas ele sabe que reduz o vínculo com a população. A sobrecarga de trabalho fica evidente ao presenciar as enfermeiras fazendo várias atividades ao mesmo tempo. (NO)

Os resultados também apontam para aspectos burocráticos do funcionamento da ESF que levam ao descontentamento com o trabalho. Na ESF o tempo de trabalho não é apenas dedicado às intervenções assistenciais, mas também a ocupações administrativas, como a compilação estatística da produção, anotações de relatórios, revisão da requisição de medicamentos e insumos, entre outros (SORATTO *et al.*, 2017), o que poderia ser feito com menor gasto por um profissional administrativo. Apesar de estas atividades serem admitidas como importantes para o bom desempenho dos serviços, na visão dos colaboradores da pesquisa não se integram como prioritárias como são as atividades assistenciais e geram insatisfação.

Na APS, o enfermeiro tem incorporado, progressivamente, a maior parte das atividades administrativas como a manutenção dos serviços e programas de saúde, identificados como atividades burocráticas (GAVALOTE *et al.*, 2016). Uma das peculiaridades notáveis do cotidiano é a sobrecarga de trabalho pelo excesso de diversas funções e a retirada do enfermeiro da assistência direta (especialmente a consulta de enfermagem), que sucedem na obrigação de apresentar respostas às demandas relativas às atividades oferecidas à população e, ainda, aos objetivos definidos, pactuações e indicadores do serviço. A priorização das necessidades que demandam respostas imediatas na rotina do serviço ligadas a questões burocráticas acaba por deixar o enfermeiro distante da assistência direta, da realidade e das carências de saúde da população.

Assim, destaca-se os diferentes elementos das intervenções que precisam ser abordados para fortalecer a prestação de cuidados. Estudos mostraram que as intervenções multicomponentes que trabalham em vários níveis da comunidade, organização dos serviços de saúde e elaboração de políticas foram, geralmente, mais bem-sucedidas do que os de componente único (CORREIA *et al.*, 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Suavizar as consequências econômicas e para a saúde da crescente epidemia de condições crônicas no Brasil requer sistema de saúde forte e resiliente. A APS que está próxima do paciente e da comunidade e focada no paciente, e não na doença, deve ter um papel de destaque no combate a essas condições. A APS pode promover estilos de vida saudáveis, retardar a patogênese e prevenir complicações, além de permitir que pessoas com condições crônicas tenham uma melhor qualidade de vida.

Em teoria, a APS está bem posicionada para enfrentar o desafio das condições crônicas. Como ponto de acesso ao sistema de saúde tanto para pessoas em risco como para as pessoas com a condição já instalada, sendo considerada o melhor local para acolhimento, diagnóstico e gerenciamento e coordenação dos cuidados. Além disso, inúmeras intervenções sobre as condições crônicas podem ser realizadas por profissionais da equipe multidisciplinar e requerem uma tecnologia mínima que pode ser gerenciada no nível de atendimento primário.

No entanto, ao analisar o trabalho dos profissionais e gestores da ESF percebe-se o desconhecimento tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos gestores sobre o acompanhamento e manejo das condições crônicas na APS. O trabalho é direcionado para atenção ao paciente com condição aguda e/ou crônica agudizada, que comparecem na unidade por meio de demanda espontânea. Os participantes dos estudos referem ainda que o cuidado para condições crônicas está focalizado nos pacientes com HAS, DM e saúde mental, reforçando a assistência voltada para a doença e não para o indivíduo. Como consequência, a invisibilidade da condição crônica no âmbito da APS do município é evidenciada.

Destaca-se que, ao preconizar o atendimento ao paciente agudo, as agendas dos profissionais ficam sobrecarregadas e o atendimento às condições crônicas são postergados para outros momentos, normalmente a longo prazo. Essa demora para atender o paciente crônico estabilizado oportuniza a agudização do quadro, resultando em complicações que poderiam ser evitadas caso a assistência tivesse ocorrido em tempo oportuno.

Outro problema encontrado está relacionado ao paciente que não procura a ESF para acompanhamento. Evidenciou-se que não existe planejamento para realização de busca ativa desses usuários. O atendimento só é feito por aqueles que procuram a ESF e como, culturalmente, a população procura recursos apenas quando

há sinais e sintomas, geralmente ausentes no inícios das condições crônicas, não é realizada prevenção primária nas unidades. Ainda neste contexto, as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos realizadas por meio dos grupos operativos também são orientadas para o público já adoecido.

Evidenciou-se que os profissionais trabalham em equipe e contam com o apoio do NASF para garantir a integralidade da assistência. Contudo, as reuniões de matriciamento são utilizadas para uma grande parte de pacientes, e não para aqueles que se exige uma gestão de caso. O excesso de pacientes com quadros menos complexos provoca a sobrecarga do serviço, dificultando o acesso de quem realmente necessite. Além disso, o paciente não participa da elaboração do seu plano de cuidados, havendo assim, uma verticalização da assistência.

Os resultados revelaram que a estratificação de risco, fundamental no manejo das condições crônicas, são realizados de forma insuficiente. Os ACS realizam a estratificação de riscos da família, porém, não aplica o resultado dessa estratificação na sua rotina, ele continua priorizando a assistência para os casos agudos e não para as famílias com maior vulnerabilidade. Os gestores, por sua vez, reconhecem a importância da estratificação de risco e sugerem que a mesma seja realizada, no entanto, não foi evidenciada nenhuma ação, que permita ou promova a incorporação dessa práxis no cotidiano da equipe.

Foi possível constatar que o autocuidado é incentivado de uma maneira muito superficial e que o profissional que o faz tenta isentar a sua responsabilidade sobre o processo. Ressalta-se que o autocuidado apoiado, juntamente com a estratificação de risco, é essencial para o acompanhamento efetivo das condições crônicas. O tempo que o usuário passa fora dos equipamentos de saúde é muito superior do que o tempo que ele passa em consultas e/ou exames, logo, toda a equipe deve empenhar-se em incentivar o paciente a tomar decisões conscientes no dia-a-dia para gerir sua própria condição.

Apesar dos profissionais da APS e dos gestores reconhecerem a importância da educação permanente em saúde, no que tangem as condições crônicas, como a estratificação da população, apoio matricial e ações de promoção primária, não existe no município capacitações sobre esta temática. A falta de treinamento contínuo pode fragilizar a qualidade da assistência.

Na perspectiva de reduzir a fragmentação do cuidado, foram encontrados desafios para a gestão na APS, ressalta-se: subfinanciamento da saúde, precariedade

da estrutura física, pouca oferta de profissionais e serviços, principalmente na atenção secundária, excesso de trabalho administrativo e a insuficiência da contrarreferência.

Enfim, para garantia da integralidade no tocante das condições crônicas se faz necessário superar o modelo biomédico tradicional, alterando para um modelo contínuo, proativo e integral como o proposto pelo MACC. Sugere-se um redesenho da atenção primária para promover serviços de alta qualidade, integrados e contínuos que respondam ao desafio da cronicidade e sejam acessíveis a baixo custo.

Foram identificadas várias potencialidades generalizáveis para melhorar a eficácia da APS: integrar os serviços, melhorar o atendimento em equipe, promover o foco no paciente e na comunidade e aproveitar a tecnologia de informação e comunicação. Se a atenção primária superar esse desafio de acompanhar os pacientes com condições crônicas, ela não apenas salvará vidas, mas também fortalecerá o funcionamento do restante do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMA-ATA, U. R. S. S. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. **Alma-Ata. URSS**, p. 6-12, 1978.

ALMALKI, Ziyad S. *et al.* Acesso ao atendimento médico domiciliar centrado no paciente entre adultos com condições crônicas: Estimativas nacionais da pesquisa do painel de despesas médicas. **Pesquisa em Serviços de Saúde BMC**, v. 18, n. 1, p. 744, 2018.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas?. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 80, 2016.

ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos; TESTON, Elen Ferraz; MEDEIROS, Arthur de Almeida. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde debate**, v. 43, n. spe1, p. 97-105, 2019.

ANDRADE, Mônica V. *et al.* Challenges and lessons from a primary care intervention in a Brazilian municipality. **Revista de saude publica**, v. 53, p. 45, 2019.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

ARAÚJO, Lorena Uihôa *et al.* Segurança do paciente e polimedicação na Atenção Primária à Saúde: pesquisa transversal em pacientes com doenças crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

BARBOSA, Ludmila Gonçalves *et al.* Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cad. saúde colet.**, v. 27, n. 3, p. 287-294, 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARSANTI, Sara; GUARNERI, Francesca. Chronic disease management: Discussing the perspectives of general practitioners in Italy. **Health Services Management Research**, v. 33, n. 1, p. 13-23, 2020

BENJAMIN, Regina M. Multiple chronic conditions: a public health challenge. **Public Health Reports**, v. 125, n. 5, p. 626, 2010.

BOEHMER, Kasey R. *et al.* Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. **PLoS One**, v. 13, n. 2, 2018.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00099118, 2019.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. **Ciencia & saude coletiva**, v. 22, p. 1141-1154, 2017a.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00037316, 2017b.

BRASIL, Câmara dos Deputados. Emenda Constitucional nº 95 de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude_4163.html. Acesso em: 15 abril 2019.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008. Diário Oficial da União 25 Jan 2008a. [n. 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em 18 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação eo desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] da República Federativa do Brasil. União, Seção 1, nº 183, 22 de setembro de 2017. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 mar. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 23 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2010a. Disponível em: [https://saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria%204.279%20,%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010%20\(1\).pdf](https://saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria%204.279%20,%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010%20(1).pdf). Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: cadernos de atenção básica, n. 35**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer *et al.* Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza: EdUECE, 2015.

CERVERO, Ronald M.; GAINES, Julie K. The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: an updated synthesis of systematic reviews. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 35, n. 2, p. 131-138, 2015.

CHENG LIM, Shiang *et al.* Impact of Continuing Medical Education for Primary Healthcare Providers in Malaysia on Diabetes Knowledge, Attitudes, Skills and Clinical Practices. **Medical Education Online**, v. 25, p. 1-11, 2019.

CHUEIRI, Patrícia Sampaio *et al.* Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro. n. 52, p. 114-124, 2014.

CHWASTIAK, Lydia; VANDERLIP, Erik; KATON, Wayne. Treating complexity: collaborative care for multiple chronic conditions. **International Review of Psychiatry**, v. 26, n. 6, p. 638-647, 2014.

CNM. **Confederação Nacional de Municípios**. Mudanças no Financiamento da Saúde. Brasília. 2018. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Mudan%C3%A7as%20no%20Financiament%20da%20Sa%C3%BAde.pdf>

COELHO, Flávio Lúcio G.; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

COELHO, Ivan Batista. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 171-183, 2010.

COLEMAN, Katie *et al.* Evidence on the chronic care model in the new millennium. **Health affairs**, v. 28, n. 1, p. 75-85, 2009.

COLLET, Neusa *et al.* Autocuidado apoiado no manejo da Diabetes tipo 1 durante a transição da infância para adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

CONTEL, Joan Carles. Integrated care and the challenge of chronic illness. **Enfermeria clinica**, v. 28, n. 1, p. 1, 2018.

CORREIA, Jorge César *et al.* Interventions targeting hypertension and diabetes mellitus at community and primary healthcare level in low-and middle-income countries: a scoping review. **BMC public health**, v. 19, n. 1, p. 1-20, 2019.

COSTA, Nilson do Rosário. The Family Health Strategy: primary health care and the challenge of Brazilian metropolises. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, p. 1389-1398, 2016.

COSTA, Simone de Melo *et al.* Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 292-299, 2014.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 961-970, 2011.

DALCUCHE, Marise Gnatta; MENDES, Eugênio Vilaça. A integração em Rede da Atenção Primária (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no estado do Paraná. **Espaço para Saúde**, v. 18, n. 1, p. 31-37, 2017.

DARBÀ, Josep; MARSÀ, Alicia. Characteristics, management and medical costs of patients with depressive disorders admitted in primary and specialised care centres in Spain between 2011 and 2016. **PloS one**, v. 15, n. 2, p. e0228749, 2020.

DE LA FUENTE CORIA, M. C.; CRUZ-COBO, C.; SANTI-CANO, M. J. Effectiveness of a primary care nurse delivered educational intervention for patients with type 2 diabetes mellitus in promoting metabolic control and compliance with long-term therapeutic targets: Randomised controlled trial. **International journal of nursing studies**, v. 101, p. 103417, 2020.

DELANEY, Colleen; BARRERE, Cynthia; BARK, Linda. A Metaphor Analysis of Patients' With Chronic Conditions Experiences With Holistic Nurse Coaching. **Holistic nursing practice**, v. 34, n. 1, p. 24-34, 2020.

DIAS, Flavia Aparecida; GAMA, Zenewton André da Silva; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção primária à saúde do idoso: modelo conceitual de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017.

DUARTE, Elysângela Dittz *et al.* Care of children with a chronic condition in primary care: challenges to the healthcare model. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 1009-1017, 2015.

DUNN, Patrick; CONARD, Scott. Chronic Care Model in research and in practice. **International journal of cardiology**, v. 258, p. 295-296, 2018.

ENGELA, Maria Helena Trindade *et al.* Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. **Rev Fund Care Online**. v. 10, n. 1, p. 75-84, 2018.

EVANGELISTA, Maria José de Oliveira *et al.* O planejamento e a construção das redes de atenção à saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2115-2124, 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

FAGUNDES, Izabel Viviane de Oliveira *et al.* Transtorno mental comum em idosos com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 2020.

FERNANDES, Leiliane Teixeira Bento *et al.* Supported self-care for children and adolescents with chronic disease and their families. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1318-1329, 2017.

FERREIRA, Lorena *et al.* Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 223-239, 2019.

FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão de *et al.* Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 147-162, 2017.

FIGUEIREDO, Katia MS *et al.* Actions of primary health care professionals to reduce maternal mortality in the Brazilian Northeast. **International journal for equity in health**, v. 17, n. 1, p. 104, 2018.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.

FRANCO, Túlio Batista. APOIO MATRICIAL E A ATENÇÃO BÁSICA. **DISPOSITIVO DO CUIDADO NO CONTEXTO DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ARTICULAÇÕES ENTRE SABERES E PRÁTICAS**, p. 49.

FURLAN, Andrea D. *et al.* Evaluation of an innovative tele-education intervention in chronic pain management for primary care clinicians practicing in underserved areas. **Journal of telemedicine and telecare**, v. 25, n. 8, p. 484-492, 2019.

FURTADO, Luciana Gomes; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1197-1204, 2013.

GARLAND-BAIRD, Lisa; FRASER, Kimberly. Conceptualization of the Chronic Care Model. **Home Healthcare Now**, v. 36, n. 6, p.379-385, 2018.

GIL-GIRBAU, Montse *et al.* Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. **Gaceta Sanitaria**, p.1-12, 2019.

GOMES, Gelmar Geraldo. **Atendimento de usuários com casos agudos na atenção primária à saúde**. 2013. 87 f. Dissertação. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

GONÇALVES, Marcelo Rodrigues *et al.* **Desafios da atenção primária à saúde no Brasil**. Porto Alegre : UFRGS, 2017. 85 p.

GOODMAN, Richard A. *et al.* Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. **Preventing Chronic Disease**, v. 10, 2013.

GREMBOWSKI, David *et al.* A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. **Medical care**, p. S7-S14, 2014.

GROVER, Ashoo; JOSHI, Ashish. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. **Global journal of health science**, v. 7, n. 2, p. 210, 2015.

GUEDES, Erika de Souza *et al.* Atitudes dos profissionais de enfermagem relacionadas ao Processo de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. SPE, p. 130-137, 2012.

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira. **Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2)**. 2009. 168 f. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

HOLDSWORTH, Stuart *et al.* Factors associated with successful chronic disease treatment plans for older Australians: Implications for rural and Indigenous Australians. **Australian Journal of Rural Health**, v. 27, n. 4, p. 290-297, 2019.

HUQUE, R. *et al.* Integrating a diabetes and hypertension case management package within primary health care: a mixed methods feasibility study in Bangladesh. **BMC health services research**, v. 18, n. 1, p. 811, 2018.

HUYGENS, Martine W.J. *et al.* Expectations and needs of patients with a chronic disease toward self-management and eHealth for self-management purposes. **BMC health services research**, v. 16, n. 1, p. 232, 2016.

HYSONG, Sylvia J. *et al.* Impact of team configuration and team stability on primary care quality. **Implementation Science**, v. 14, n. 1, p. 22, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Lagoa Santa: panorama**. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sete-lagoas/panorama>>. Acesso em: 20 set. 2019.

JACCOUD, M; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: NASSER, A.C.A; POUPART, J.; PIRES, A. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4.d. Petrópolis: Vozes, 2014, p. 254-294.

JACKSON, George L. *et al.* How Views of the Organization of Primary Care Among Patients with Hypertension Vary by Race or Ethnicity. **Military medicine**, v. 183, n. 9-10, p. e583-e588, 2018.

JORGE, Maria Salete Bessa; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; FRANCO, Túlio Batista. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 738-744, 2013.

JULIÃO, Nayara; GUIMARÃES, Raquel. Fatores associados ao subdiagnóstico de hipertensão na população brasileira: Um estudo com base na Pesquisa Nacional de Saúde (2013). **Anais...**, p. 1-21, 2019.

KRUK, Margaret E.; NIGENDA, Gustavo; KNAUL, Felicia M. Redesigning primary care to tackle the global epidemic of noncommunicable disease. **American journal of public health**, v. 105, n. 3, p. 431-437, 2015.

LALL, Dorothy *et al.* Models of care for chronic conditions in low/middle-income countries: a 'best fit' framework synthesis. **BMJ global health**, v. 3, n. 6, p. e001077, 2018.

LAMOTHE, Lise; SYLVAIN, Chantal; SIT, Vanessa. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. **Sante Publique**, v. 1, n. HS, p. 129-135, 2015.

LAWN, Sharon *et al.* Control in chronic condition self-care management: how it occurs in the health worker–client relationship and implications for client empowerment. **Journal of advanced nursing**, v. 70, n. 2, p. 383-394, 2014.

LAWN, Sharon; SCHOO, Adrian. Supporting self-management of chronic health conditions: common approaches. **Patient education and counseling**, v. 80, n. 2, p. 205-211, 2010.

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, E. Gurney. **Preventive medicine for the doctor in his community** : an epidemiologic approach. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1965.

LENZEN, Stephanie A. *et al.* Setting goals in chronic care: Shared decision making as self-management support by the family physician. **European Journal of General Practice**, v. 21, n. 2, p. 1-7, 2015.

LESENDE, Iñaki Martín. Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos. **Atención Primaria**, [v. 45, n. 4, p.181-183, 2013

LIMA, Eliane de Fátima Almeida *et al.* Perfil Socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família [Social and professional profile of family healthcare team members]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, p. 9405, 2016.

MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1637-1646, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 3-16, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1799-1809, 2018.

MARGOLIS, Peter A.; PETERSON, Laura E.; SEID, Michael. Collaborative Chronic Care Networks (C3Ns) to transform chronic illness care. **Pediatrics**, v. 131, n. Supplement 4, p. S219-S223, 2013.

MARIN, Patricia A.; BENA, James F.; ALBERT, Nancy M. Real-world comparison of HbA1c reduction at 6-, 12-and 24-months by primary care provider type. **Primary care diabetes**, v. 12, n. 4, p. 319-324, 2018.

MATUMOTO, Silvia *et al.* Produção de atendimentos de enfermeiros em unidades da rede básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 710-717, 2012.

MAZZUCHELLO, Francielle Rosso *et al.* A atuação dos enfermeiros nos Grupos Operativos Terapêuticos na Estratégia Saúde da Família. **Mundo Saúde [Internet]**, v. 38, n. 4, p. 462-72, 2014.

MCDOOM, M. Maya *et al.* Neighborhood Environment Characteristics and Control of Hypertension and Diabetes in a Primary Care Patient Sample. **Journal of General Internal Medicine**, p. 1-10, 2020.

MCGRAIL, Kimberlyn; LAVERGNE, Ruth; LEWIS, Steven. The chronic disease explosion: artificial bang or empirical whimper?. **Bmj**, v. 352, p. i1312, 2016.

MELO, Luize Maximo; WERNET, Monika; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Atuação do enfermeiro a pessoa hipertensa na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. **CuidArte, Enferm**, p. 160-170, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 431-436, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O acesso à Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2016. 171p.

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. 512p.

MESQUITA, Livia Mendes *et al.* Estratégias de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.013, de 23 de outubro de 2019**. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização–PDR-SUS/MG, 2019. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203013%20-%20SUBGR_SDCAR_DREA%20-%20Ajuste%20PDR%20vers%C3%A3o%20CIB%20-%20alterada%2015.10.pdf Acesso em: 22 maio 2019.

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde. Guia Oficina 2 e 3 Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local**. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MORAIS, Huana Carolina Cândido *et al.* Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 136-143, 2015.

MOYSÉS, Simone Tetu; SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy; MOYSÉS, Samuel Jorge (orgs) **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília: OPAS, CNS; 2013.

MUNOZ, Oscar Mauricio *et al.* Concordancia entre los modelos de SCORE y Framingham y las ecuaciones AHA/ACC como evaluadores de riesgo cardiovascular. **Revista Colombiana de Cardiología**, v. 24, n. 2, p. 110-116, 2017.

NEVES, Rosália Garcia *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00072317, 2018.

NEWTON, Jennifer M.; FALKINGHAM, Leah; CLEARIHAN, Lyn. Better knowledge, better health: piloting an education intervention in chronic condition self-management support. **Australian journal of primary health**, v. 17, n. 1, p. 4-9, 2011.

NOGUEIRA, Iara Sescon *et al.* Atenção ao idoso: práticas de educação permanente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

NUÑO-SOLINÍS, Roberto Nuño. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. **Rev Adm Sanit**, v. 5, n. 2, p. 283-92, 2007.

NUÑO-SOLINÍS, Roberto; ORUETA, Juan F.; MATEOS, Maider. An answer to chronicity in the Basque Country: primary care-based population health management. **The Journal of ambulatory care management**, v. 35, n. 3, p. 167-173, 2012.

ODAYAR, Jasantha; MYER, Landon. Transfer of primary care patients receiving chronic care: the next step in the continuum of care. **International health**, v. 11, n. 6, p. 432-439, 2019.

OLIVEIRA, Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de; VERÍSSIMO, Maria de La Ó. Ramallo. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de atenção primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 30-36, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque. OMS/WHO. 1946. Disponível em:

<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF). **Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários de saúde, Rússia**: Brasília: UNICEF, 1978. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**. Washington, DC: OPAS. 2015.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe sobre la situacion mundial de las enfermedades no transmisibles**. Genebra, 2014.

PAIANO, Marcelle *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 68-79, 2019.

PEDUZZI, Marina *et al.* Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2013.

PENA, Kamila da Silva *et al.* A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. SPE, 2020.

PINTO, Erika Simone Galvão; MENEZES, Rejane Maria Paiva de; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Procuradoria Geral do Município. Secretaria Municipal de Saúde. Carteira de Serviços de Atenção Primária do Município de Sete Lagoas, Minas Gerais. **Diário Oficial Eletrônico do Município de Sete Lagoas**. 2018.

REDDY, Ashok *et al.* Risk stratification methods and provision of care management services in comprehensive primary care initiative practices. **The Annals of Family Medicine**, v. 15, n. 5, p. 451-454, 2017.

REYNOLDS, Rebecca *et al.* A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. **BMC family practice**, v. 19, n. 1, p. 11, 2018.

RÉZIO, Larissa de Almeida; FORTUNA, Cinira Magali; BORGES, Flávio Adriano. Pistas para a educação permanente em saúde mental na atenção básica guiada pela Socioclínica Institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

RIBEIRO, Marcos Aguiar *et al.* Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. **APS em Revista**, v. 1, n. 1, p. 29-38, 2019.

RICE, Louis; SARA, Rachel. Updating the determinants of health model in the Information Age. **Health promotion international**, v. 34, n. 6, p. 1241-1249, 2019.

ROBERTS, K. C. *et al.* Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. **Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice**, v. 35, n. 6, p. 87, 2015.

RODRIGUES, Andréia Lilian Lima *et al.* Contribuições da extensão universitária na sociedade. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT**, v. 1, n. 2, p. 141-148, 2013.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 2, p.343-352, 2014.

SALCI, Maria Aparecida; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-8, 2017.

SALEMONSEN, Elin *et al.* Understanding beneficial self-management support and the meaning of user involvement in lifestyle interventions: a qualitative study from the perspective of healthcare professionals. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2020.

SANTOS, Rafael Rocha dos *et al.* A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 1, p. 130-139, 2016.

SANTOS-RAMOS, B. *et al.* Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. **Farmacia hospitalaria**, v. 36, n. 06, 2012.

SEKI, Masayasu *et al.* How a problem-based learning approach could help Japanese primary care physicians: a qualitative study. **International Journal of Medical Education**, v. 10, p. 232-240, 2019.

SETHI, Ahsan *et al.* The influence of postgraduate qualifications on educational identity formation of healthcare professionals. **Advances in Health Sciences Education**, v. 23, n. 3, p. 567-585, 2018.

SILVA, Clarissa Galvão da *et al.* Cuidados de enfermagem a pacientes com condições crônicas de saúde: uma revisão integrativa Nursing care for patients with chronic health conditions: an integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 599-605, 2017.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 16-24, 2015.

SILVA, Kênia Lara; MATOS, Juliana Alves Viana; FRANÇA, Bruna Dias. The construction of permanent education in the process of health work in the state of Minas Gerais, Brazil. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.

SILVA, Líliam Barbosa *et al.* Estratos de risco e qualidade do cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

SILVA, Luciana Saraiva da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, p. 343-350, 2013.

SILVA, Simone Albino da; BAITELO, Tamara Cristina; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO. *et al.* I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, p. 3-28, 2005. Suplemento 1. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005000700001> Acesso: em Jan 2020.

SORATTO, Jacks *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017.

SOUZA, Keylla Márcia Menezes de *et al.* Organização da Rede de Atenção À Saúde: Implantação da estratificação de risco das condições crônicas em uma unidade de atenção primária de Fortaleza-Ceará. In: I Seminário Internacional de Redes de Atenção à Saúde: Compartilhando Saberes e Práticas com interlocução na APS, 08, 2016, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: UECE, 2016.

SOUZA, Keylla Márcia Menezes de; MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz. Estratificação de risco de hipertensos e diabéticos em uma unidade de atenção primária de Fortaleza-Ceará: relato de experiência. **RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, v. 8, n. 4, p. 2056-2060, 2016.

SUTTER, An de; MAESENEER, Jan de; BOECKXSTAENS, Pauline. Empowering patients to determine their own health goals. **European Journal of General Practice**, v. 19, n. 2, p.75-76, 2013.

TAN, Siok Swan *et al.* Evaluation design of EFFICHRONIC: the chronic disease self-management programme (CDSMP) intervention for citizens with a low socioeconomic position. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 11, p. 1883, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361-378, 2018.

TURNER, Barbara J. *et al.* Implementation of the chronic care model to reduce disparities in hypertension control: benefits take time. **Journal of general internal medicine**, v. 33, n. 9, p. 1498-1503, 2018.

TWIDDY, David. Chronic Care Management in the Real World. **Family practice management**, v. 22, n. 5, p. 35-41, 2015.

VAN GELDER, Vincent A. *et al.* Quality of chronic kidney disease management in primary care: a retrospective study. **Scandinavian journal of primary health care**, v. 34, n. 1, p. 73-80, 2016.

VAZ, Elenice Maria Cecchetti *et al.* Care coordination in Health Care for the child/adolescent in chronic condition. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 2612-2619, 2018.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. **Texto contexto enferm**, v. 25, n. 1, p. e2530013, 2016.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* NÚCLEO AMPLIADO DE SALUD DE LA FAMILIA: ESPACIO DE INTERSIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 133-141, 2013.

WAGNER, Edward H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. **Effective clinical practice: ECP**, v. 1, n. 1, p. 2, 1998.

WAGNER, Jesse *et al.* Implementing risk stratification in primary care: Challenges and strategies. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 32, n. 4, p. 585-595, 2019.

WAN, Eric Yuk Fai *et al.* Ten-year risk prediction models of complications and mortality of Chinese patients with diabetes mellitus in primary care in Hong Kong: a study protocol. **BMJ open**, v. 8, n. 10, p. e023070, 2018.

WHITEHEAD, Margaret; DAHLGREN, Goran. What can be done about inequalities in health?. **Lancet**, v. 338, n. 8774, p. 1059-1063, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Documento de discussão. Genebra: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases**: progress monitor 2017. World Health Organization. Switzerland: WHO, 2017. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=40CE48039737F27CD2ABCA0B7D6857F3?sequence=1>.
Acesso em: 15 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transforming and scaling up health professionals' education and training**. Switzerland: World Health Organization; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions: global report**. World Health Organization, 2002. 99 p.

WRANIK, W. Dominika *et al.* How best to structure interdisciplinary primary care teams: the study protocol for a systematic review with narrative framework synthesis. **Systematic reviews**, v. 5, n. 1, p. 170, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YIP, Winnie *et al.* 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage. **The Lancet**, v. 394, n. 10204, p. 1192-1204, 2019.

ZHENG, L. F. *et al.* Asthma care based on Chronic Care Model in an aging Asian community. **NPJ primary care respiratory medicine**, v. 29, n. 1, p. 1-5, 2019.

ZHU, Egui; FORS, Uno; SMEDBERG, Åsa. Exploring the needs and possibilities of physicians' continuing professional development-an explorative qualitative study in a Chinese primary care context. **PloS one**, v. 13, n. 8, 2018.

APÊNDICE A – Instrumento coleta de dados

Data: ____/____/____

Horário de início: _____

Entrevista Nº _____

Horário de término: _____

Identificação

Idade: _____

Sexo: () F () M

Estado civil: _____

Formação: _____

Cargo: _____

Tempo de atuação neste cargo (meses): _____

Questões Norteadoras:

- 1) Fale-me sobre a sua atuação no acompanhamento às condições crônicas de saúde na ESF.

- 2) Como tem sido o trabalho da equipe de saúde da família na atenção à pessoa com condições crônicas?

- 3) O município possui programas, políticas ou serviços específicos para atenção à saúde do paciente com condições crônicas?

- 4) Como você descreveria a relação entre as ações desenvolvidas por essa equipe com outros serviços da rede municipal de saúde para atender as demandas de saúde do usuário com condições crônicas?

- 5) Como você percebe a atenção à pessoa com condições crônicas em Sete Lagoas?

- 6) Você deseja acrescentar algo?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaria de convidá-lo para participar da pesquisa “Assistência à pessoa com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde” para a dissertação de mestrado de Larissa Viana Almeida de Lieberenz, sob a minha coordenação, Prof^a Dr^a Marília Alves, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O estudo tem como objetivo analisar o trabalho dos profissionais da ESF na atenção aos pacientes com condições crônicas, focalizando o apoio da gestão para a realização das ações.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas contendo perguntas sobre o trabalho dos profissionais da eSF na assistência às pessoas com condições crônicas, observação do contexto de trabalho dos profissionais e análise documental. Serão coletadas informações de documentos como atas de reuniões e relatórios do trabalho executado nestas áreas. As perguntas constarão de um roteiro que lhe será apresentado e o sr(a) poderá se recusar a responder ou se retirar da pesquisa a qualquer momento. A entrevista terá duração média de 40 minutos, será gravada e transcrita e utilizada somente para a pesquisa, não interferindo em sua vida profissional. Estará à sua disposição para ouvir ou ler se desejar. Você não será identificado e será garantido sigilo às informações prestadas.

O sr(a) poderá se sentir desconfortável ou incomodado durante a entrevista, e caso isso ocorra, poderá interromper sua participação a qualquer momento. Esse risco será minimizado mediante esclarecimentos sobre a pesquisa e dúvidas que possam existir. Sua participação na pesquisa não trará nenhuma despesa pessoal para você nem receberá qualquer vantagem financeira. Sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Este termo será assinado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra será entregue a você.

Eu, _____ CI _____ declaro que fui suficientemente esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e que será garantido o meu anonimato, sigilo das informações e utilização somente para fins científicos. Sei que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, se o desejar. Concordo espontaneamente em participar da pesquisa.

Assinatura do(a) participante: _____

Pesquisador: _____ Data: ___/___/___

Em caso de dúvidas, relacionadas aos aspectos éticos da pesquisa, poderá consultar:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2o andar

- Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail:

coep@prpq.ufmg.br

Pesquisadoras:

Prof^a. Dr^a Marília Alves, telefone (31) 34099849, e-mail: marilix@enf.ufmg.br;

Larissa Viana Almeida de Lieberenz, telefone: (31) 99109-2627, e-mail: larissalieberenz@hotmail.com

Endereço: Av. Alfredo Balena, 190, Sta Efigênia. Belo Horizonte, MG / Escola de Enfermagem da UFMG

APÊNDICE C - Plano de Intervenção

Após realização da pesquisa, foram apresentados os resultados parciais tanto para os gestores da SMS quanto para a direção de enfermagem de uma instituição de ensino superior do qual a pesquisadora faz parte, que se mostraram interessados em intervir no processo de adoecimento, com foco nas condições crônicas da população de Sete Lagoas. Desta forma, foi proposto um plano de intervenção estratégica, em formato de projeto de extensão.

Na perspectiva do desenvolvimento das habilidades e competência do eixo do Programa de Aprendizagem em APS, o Projeto de Intervenção é uma proposta de ação feita pelo aluno, juntamente com o seu grupo, sob orientação do supervisor de prática, para a resolução de um problema real observado em seu território de atuação, seja no âmbito da clínica ou da organização dos serviços, buscando a melhoria das condições de saúde da população, no contexto da atenção primária.

Um projeto de intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Os sujeitos ao pesquisarem sua própria prática produzem novos conhecimentos e, ao fazê-lo, apropriam e re-significam sua prática, produzindo novos compromissos, de cunho crítico, com a realidade em que atuam.

A parceria entre instituições de ensino e pesquisa e equipamentos do SUS beneficia para os dois lados, a academia dispõe de conhecimento atualizado e pertinente, enquanto as instituições de saúde se capacitam e melhoram o atendimento.

Diante do exposto, a atuação multidisciplinar e intersetorial na APS sobressai como uma ferramenta de incentivo ao cuidado do paciente crônico, visando a promoção da saúde, mudanças nos hábitos de vida e, conseqüentemente, o enfrentamento das condições crônicas. Essa importância é atribuída a todos os membros da equipe de saúde, os quais podem estabelecer vínculos e estratégias de autocuidado junto aos usuários.

Nesse contexto, as universidades vivenciam desafios na inserção dos estudantes na prática da atenção primária e na sensibilização desses quanto ao atendimento integral em saúde. Dessa forma, a extensão universitária tem contribuições relevantes para a sociedade, pois possibilita ao aluno colocar em prática os conhecimentos adquiridos dentro das barreiras da sala de aula. O projeto de

extensão consiste em trazer benefícios para a sociedade e visa a melhoria da qualidade da assistência prestada aos indivíduos (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Por meio dessa importante troca de conhecimentos entre usuários da atenção primária em saúde, alunos e professores, pretende-se com este projeto ampliar as noções sobre o cuidados às condições crônicas entre os indivíduos cadastrados em ESF do município de Sete Lagoas, e empoderá-los quanto à promoção e prevenção de agravos à saúde, tendo em vista as metas estabelecidas no MACC.

Objetivo Geral

Avaliar os determinantes das condições crônicas e o autocuidado para a promoção da saúde entre os usuários da APS do município de Sete Lagoas, Minas Gerais.

Objetivos Específicos

- Coletar dados de pesquisa para posterior produção de artigos científicos e resumos em congressos.
- Proporcionar aos alunos a experiência prática do atendimento integral em saúde.
- Desenvolver segurança e independência no aluno.
- Estimular e fortalecer as ações sobre a alimentação saudável entre os usuários.
- Estimular a cessação do tabagismo e diminuição do consumo excessivo de álcool entre os usuários.
- Estimular a prática de atividade física na população adscrita à Unidade Básica de Saúde.
- Estimular o envelhecimento saudável.
- Estimular o autocuidado e prevenção do pé diabético.
- Fortalecer as ações de prevenção e diagnóstico precoce dos cânceres do colo de útero e de mama.
- Estimar os fatores de risco relacionados às condições crônicas.

Metodologia

Serão realizadas visitas semanais às ESF's do Município de Sete Lagoas, Minas Gerais, no período de 07:00 às 12:00 horas nas quartas-feiras durante o ano letivo, pelos professores e alunos envolvidos do projeto.

Descrição das atividades no quadro 4.

Cronograma

Prazo para início das atividades: Março/2020

Duração do projeto: 2 anos

Destaca-se que dentro desse período poderão haver desdobramentos do plano geral em subprojetos.

Coordenação: Prof. Larissa Lieberenz (Núcleo de Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas.

Salienta-se que a ideia do plano de intervenção foi discutido com os gestores municipais atuais. Entretanto, por se tratar de um ano eleitoral, adequações temporais e de ações podem ser necessárias

QUADRO 4 – Planejamento Estratégico para manejo das condições crônicas na APS de Sete Lagoas – MG

AÇÕES ESTRATÉGICAS	DESENVOLVIMENTO	RESPONSÁVEIS	METAS	AVALIAÇÃO
	Como deve ser feito?	Quem será o responsável por executar?	Quais serão as metas?	Como será a avaliação
Elaborar diagnóstico situacional da ESF	Método de identificação e análise de uma realidade e de suas necessidades, com vista à elaboração de propostas de organização e/ou reorganização.	Discentes do 9º período de enfermagem	Caracterizar a clientela. Conhecer a área de abrangência da ESF.	Gerar um manuscrito contendo as informações sobre o diagnóstico da ESF.
Sensibilizar a equipe sobre a importância das condições crônicas na APS	Apresentar os impactos e repercussões das condições crônicas nos doentes crônicos. Apresentar as legislações que abarcam as condições crônica a nível nacional e mundial.	Docente enfermagem	Apresentar os resultados dessa pesquisa, para desvelar a situação do paciente crônico em Sete Lagoas.	Aplicação de questionário sobre o entendimento do tema.
Capacitar dos ACS quanto às condições crônicas	Realização de roda de conversa com os ACS, apresentando os cuidados que são da responsabilidade dos mesmo, durante a visita domiciliar.	Discentes do 9º período de enfermagem	Realização de visita domiciliar de qualidade e resolutiva.	Acompanhamento às visitas domiciliares pelos discentes.
Implementar estratificação de risco familiar pela ACS	Orientar sobre a classificação de risco familiar e importância de organizar a agenda e a assistência utilizando esse critério.	Enfermeiro e assistente social do NASF	Utilização consciente da estratificação de risco familiar.	Conferir se as visitas domiciliares e as marcações de consultas agendadas estão seguindo o critério de estratificação de risco.
Implementar estratificação de risco para a equipe técnica	Orientar sobre a estratificação de risco de acordo com as práticas baseadas em evidências.	Profissionais do PEP em parceria com a instituição de ensino superior	Estratificar e organizar as consultas de retorno baseadas na estratificação de risco.	Analisar se houve melhoras nos padrões de atendimentos e diminuição dos pacientes superutilizadores do sistema
Levantar os principais determinantes sociais da saúde da região	Ao realizar o diagnóstico situacional identificar os principais determinantes sociais de saúde e planejar uma forma de enfrentamento.	Discentes do 9º período de enfermagem	Melhorar os determinantes sociais da saúde.	Rever periodicamente o diagnóstico situacional.
Conhecer os pontos de articulação do sistema de saúde com a comunidade	Durante a realização de visitas domiciliares e com o apoio dos ACS identificar os pontos da comunidade que podem servir de apoio ao sistema de saúde (igrejas, praças, ONG's).	Toda a equipe	Mapear todos os pontos de articulação da comunidade com a ESF.	Identificar no mapa da área de abrangência todos esses pontos.

AÇÕES ESTRATÉGICAS	DESENVOLVIMENTO	RESPONSÁVEIS	METAS	AVALIAÇÃO
	Como deve ser feito?	Quem será o responsável por executar?	Quais serão as metas?	Como será a avaliação
Capacitar toda equipe para o autocuidado apoiado	Realizar uma oficina direcionada para o autocuidado apoiado, rever algumas ações que dificultam a efetivação do autocuidado.	Docente enfermagem	Todos os pacientes com condições crônicas sejam orientados corretamente sobre o autocuidado.	Melhora das ações para o autocuidado dos pacientes crônicos.
Organizar a demanda espontânea	Avaliar o perfil da demanda espontânea e organizar a agenda dos profissionais sem prejuízo para as demandas programadas.	Discentes do 9º período de enfermagem	Conseguir atender equilibradamente crônicos e agudos.	Avaliar, por meio dos sistemas de informação como está a demanda.
Elaborar a agenda dos profissionais de acordo com necessidades de saúde	Dividir os períodos de atendimento para as demandas agudas e crônicas. Além do tempo para ações educativas e administrativas.	Toda a equipe	Conseguir atender equilibradamente crônicos e agudos.	Avaliar, por meio dos sistemas de informação como está a demanda
Realizar ações educativas com a comunidade, sensibilizando para as condições crônicas	Realizar grupos operativos utilizando metodologias ativas sobre o acompanhamento das condições crônicas.	Discentes do 9º período de enfermagem	Pacientes orientados quanto ao acompanhamento das condições crônicas.	Reduzir o abandono do tratamento e o não cumprimento do plano de cuidados.
Atualizar os protocolos municipais de assistência à saúde	Rever os protocolos/manuais disponíveis na SMS e atualizá-los de acordo com as diretrizes baseadas em evidências.	Docentes e discentes do 9º período de enfermagem	Atualizar todos os protocolos disponíveis sobre condições crônicas.	Capacitar os profissionais sobre os protocolos atualizados.
Capacitar sobre a importância do prontuário eletrônico	Aula prática sobre a importância do prontuário eletrônico e a vigilância em saúde.	Discentes do 9º período de enfermagem	Todos os pacientes atendidos na unidade deverão ter o prontuário eletrônico preenchido corretamente.	Conferir no E-SUS se os prontuários estão preenchidos corretamente.
Reavaliar a continuidade do cuidado dentro da RAS	Entrevistar os pacientes que foram encaminhados para a atenção secundária e terciária e implantar a gestão responsável da alta.	Docentes e discentes do 9º período de enfermagem	Garantir a integralidade do cuidado.	Gerar um relatório para que possa ser mensurada as dificuldades de acesso.

AÇÕES ESTRATÉGICAS	DESENVOLVIMENTO	RESPONSÁVEIS	METAS	AVALIAÇÃO
	Como deve ser feito?	Quem será o responsável por executar?	Quais serão as metas?	Como será a avaliação
Sensibilizar sobre a importância da contrarreferência	Realizar oficinas com as equipes da APS, da atenção secundária e terciária sobre importância e preenchimento responsável da referência e contrarreferência.	Docentes e discentes do 9º período de enfermagem	Referências e contrarreferências preenchidas corretamente e de forma legível.	Analisar as contrarreferências que chegarem na unidade.
Incluir o doente crônico na elaboração do plano de cuidados	Incluir o paciente crônico complexo nas reuniões de matriciamento e respeitar sua opinião na elaboração do plano de cuidados.	Toda a equipe	Respeitar a autonomia de todos pacientes crônicos complexos.	Aumento da participação dos pacientes crônicos nas reuniões de matriciamento.
Realizar oficinas de educação em saúde	Organizar oficinas, grupos e palestras que abordem educação à saúde direcionadas para a população hígida.	Toda a equipe	Reduzir a prevalência de condições crônicas na APS.	Aumento do cuidado preventivo na APS.
Realizar consultas individuais aos doentes crônicos	Agendamento de consultas individuais aos usuários com condições crônicas, visando o cuidado integral e holístico.	Docentes e discentes do 9º período de enfermagem	Melhorar a assistência aos pacientes crônicos e reduzir as complicações evitáveis.	Adequar o espaçamento entre as consultas e garantir a integralidade.
Colaborar na realização da Conferência Municipal de Saúde	Participar, conjuntamente com o Conselho Municipal de Saúde, na organização das Conferências Municipais de Saúde. Com o objetivo de difundir as informações sobre as condições crônicas.	Docentes e discentes do 9º período de enfermagem	Aumentar o número de usuários presentes na Conferência. Difundir o termo condições crônicas e a responsabilização da saúde.	Relatórios e atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, comprovando a participação.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

ANEXO A – Carta de autorização para pesquisa



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
SECRETARIA DE SAÚDE
ASSESSORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Autorizo a pós-graduanda Larissa Viana Almeida de Lieberenz, do curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) a realizar atividades de pesquisa, a fim de desenvolver sua Dissertação de Mestrado que tem como objetivo *analisar o trabalho dos profissionais da ESF na atenção aos pacientes portadores de condições crônicas, focalizando o apoio da gestão para realização das ações*. A pesquisa será realizada nas Estratégias de Saúde da Família de Sete Lagoas - MG.

Reconhece-se que existam políticas públicas e documentos oficiais do Ministério da Saúde direcionadas para a população portadora de condições crônicas, que definem estratégias para a organização dos serviços e estabelecem ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, mas pouco se conhece sobre o trabalho em diferentes realidades de municípios brasileiros, tendo em vista que a ESF assume configurações particulares de acordo com os contextos locais. Assim, torna-se relevante a compreensão do trabalho dos profissionais na assistência ao portador de condições crônicas na APS e as condições em que é realizado, estimulando a adoção de estratégias que fortaleçam a articulação entre os serviços da RAS. Este trabalho será desenvolvido sob a orientação da professora Marília Alves.

Concedo autorização para a aluna acessar as dependências do local e a permissão para que a pesquisa se realize.

Sete Lagoas, 02 de Abril de 2019.

Francis Henrique da Silva
Secretário Municipal de Saúde membro
e Gestor do SUS / Sete Lagoas - MG

V.S. Francis Henrique da Silva
Cargo: Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12359719.5.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.342.456

Apresentação do Projeto:

Contextualização do tema: A mudança demográfica está associada a um aumento da prevalência de condições crônicas e, posteriormente, uma maior necessidade de saúde da população. Além da mortalidade, as condições crônicas apresentam forte fardo de morbidades relacionados, envolvendo também perda significativa de qualidade de vida. Evidencia-se a necessidade de reorientar a atuação dos profissionais de saúde,

fortalecer as estratégias de promoção da saúde e prevenção das complicações e organizar a rede de atenção às condições crônicas na perspectiva da integralidade do cuidado ao usuário. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) viu a necessidade de redefinir a rede de atenção às condições crônicas, colocando a Atenção Básica como coordenadora do cuidado. Questões norteadoras: como se configura o trabalho dos profissionais da

ESF na assistência ao portador de condições crônicas? Que condições de trabalho a gestão disponibiliza para a atenção aos pacientes portadores de condições crônicas? Pressuposto: o trabalho na ESF é voltado para o atendimento ao paciente com condição aguda e que as diretrizes ainda são incipientes no cuidado ao paciente crônico. Justificativa: alta representatividade das condições crônicas na APS e a dificuldade em cumprir as

diretrizes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, elaboradas pelo MS. Ademais, na literatura nacional e internacional, os estudos ainda são voltados para o acompanhamento de algumas condições crônicas específicas (doenças do aparelho

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.342.456

cardiovascular, diabetes, entre outros) e raramente abordam aspectos organizacionais que dificultam ou facilitam a assistência às condições crônicas, em sentido amplo. Metodologia: Trata-se de estudo de caso de natureza qualitativa, com abordagem descritiva e exploratória. Serão participantes do estudo profissionais da ESF mínima, ou seja, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, ACS e gestores da Secretaria Municipal de saúde (SMS), e serão orientados pelo critério de saturação de dados. Para a coleta de dados serão utilizados entrevista com roteiro semiestruturado, análise documental e observação não participante. As entrevistas serão agendadas previamente. Os dados serão tratados e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática e utilizará como recurso para organização dos dados, o software MAXQDA®. Os aspectos éticos da pesquisa estarão em conformidade com as Resoluções nº 466, de 2012, 518 de 2016 e 580 de 2018. Resultados Esperados: Espera-se conhecer o trabalho da equipe de Atenção Primária ao usuário crônico e proporcionar melhoria na qualidade da assistência a esses usuários, propiciando a integralidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o trabalho dos profissionais da ESF na atenção aos pacientes portadores de condições crônicas, focalizando o apoio da gestão para a realização das ações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os procedimentos utilizados (informações solicitadas, entrevistas e observação) poderão trazer algum desconforto para o participante, como demanda de tempo para responder. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo de quebra de confidencialidade que será reduzido pela(o) anonimato das entrevistas e avaliação em grupo das informações. As informações representarão a realidade e opinião de um grupo e não de uma pessoa, além disso, todos os cuidados éticos serão tomados no sentido de preservar privacidade e sigilo das instituições e participantes envolvidos.

Caso o participante se sinta desconfortável, terá liberdade para desistir da mesma a qualquer momento, sem que essa atitude implique prejuízos ao mesmo. Assumimos, ainda, o compromisso de esclarecer, antes e durante o curso da pesquisa, todos os procedimentos que serão adotados.

Benefícios:

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a reflexão de profissionais de saúde e gestores sobre aspectos importantes do trabalho na assistência à pessoa portadora de condições crônicas, oferecendo subsídios para a organização e planejamento das ações de saúde

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.342.456

voltadas a essas pessoas, designadamente na ESF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tratar-se-á de um estudo de caso único, com abordagem descritiva e exploratória. O interesse em desenvolver este trabalho partiu da experiência da autora como supervisora de estágio na APS de um curso de graduação em enfermagem, onde percebeu que, apesar da intensa carga de trabalho dos profissionais, a integralidade e a longitudinalidade não eram alcançadas quando se tratava de um paciente portador de condições crônicas.

Critério de Inclusão:

Profissionais que tenham um mínimo de 1 ano de atuação na ESF por deter informações essenciais do atendimento aos portadores de condições crônicas e informantes chave da gestão municipal (secretário de saúde, subsecretário de saúde, coordenador da APS e o gerente do distrito onde será realizado o estudo)

Critério de Exclusão:

Serão critérios de exclusão: profissionais que estiverem afastados por qualquer motivo à época da coleta de dados.

O projeto é relevante considerando além do desenho do estudo proposto a temática "Doenças crônicas" apresenta alta representatividade nas APS e pela dificuldade em cumprir as diretrizes do MACC elaboradas pelo MS.. Apresenta de forma clara a descrição do problema e a justificativa. A proposta metodológica atende ao objetivo proposto.

O cronograma é exequível e o orçamento está bem definido. O TCLE está bem escrito e de uma maneira geral o projeto está de acordo com o preconizado na Res.466/12 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Enviar relatórios parciais a COEP/UFMG sempre que necessário sobre o desenvolvimento do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 3.342.456

Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1328306.pdf	14/04/2019 19:23:36		Aceito
Outros	Carta_anuencia.pdf	14/04/2019 19:23:14	LARISSA VIANA ALMEIDA DE LIEBERENZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadoras.pdf	14/04/2019 19:22:55	LARISSA VIANA ALMEIDA DE LIEBERENZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	14/04/2019 19:22:27	LARISSA VIANA ALMEIDA DE LIEBERENZ	Aceito
Outros	Parecer_ENA.pdf	07/04/2019 23:02:53	LARISSA VIANA ALMEIDA DE LIEBERENZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/04/2019 23:00:27	LARISSA VIANA ALMEIDA DE LIEBERENZ	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	07/04/2019 23:00:14	LARISSA VIANA ALMEIDA DE LIEBERENZ	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/04/2019 23:00:05	LARISSA VIANA ALMEIDA DE LIEBERENZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	07/04/2019 22:54:39	LARISSA VIANA ALMEIDA DE LIEBERENZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.342.456

BELO HORIZONTE, 23 de Maio de 2019

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO C- Escala de Risco Familiar

1

	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS PROGRAMA SAÚDE EM CASA
ROTEIRO PARA CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS POR GRAU DE RISCO	
1. Fatores sócio-econômicos:	
a) Alfabetização do chefe da família:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É considerada de risco a família cujo chefe não é alfabetizado, ou seja, não sabe ler e não sabe escrever nem mesmo um bilhete simples.
b) Renda familiar:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É considerada de risco a família em situação de extrema pobreza, ou seja, que têm renda per capita mensal de até R\$ 80,00 (sessenta reais), tendo elas filhos ou não ¹. ▪ Cálculo da renda familiar per capita: somar o rendimento mensal de todas as fontes (salário, bolsa família, aposentadoria, etc) recebido por todos os membros da família e dividir pelo número total de integrantes.
c) Abastecimento de água:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É considerada de risco a família cujo domicílio não tem abastecimento de água adequado, ou seja, não existe rede pública de abastecimento e a água é proveniente de poços, sistemas, nascentes naturais ou outras.
PONTUAÇÃO	
Nenhum dos fatores de risco	0
Presença de um dos fatores de risco	1
Presença de dois fatores de risco	2
Presença de três fatores de risco	3
2. Presença de condições ou patologias prioritárias: é considerada de risco a família em que	

¹ Fonte: Programa Bolsa Família, Ministério da Previdência e Assistência Social .

um ou mais de seus integrantes apresentarem uma das seguintes condições ou patologias por ciclo de vida:

- a) Crianças com situações de risco do Grupo II:
 - Baixo peso ao nascer, prematuridade, desnutrição grave;
 - Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística; doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, Aids;
 - Intercorrências importantes, no período neonatal, notificadas na alta hospitalar;
 - Crescimento / desenvolvimento inadequados; evolução desfavorável de qualquer doença.
- b) Adolescentes de Alto Risco:
 - Doenças sexualmente transmissíveis ou Aids; gravidez precoce não planejada;
 - Transtornos alimentares: bulimia e anorexia;
 - Uso/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (com destaque ao uso do tabaco e do álcool);
 - Vítimas de exploração sexual ou que tenham sofrido abuso sexual;
 - Quadros de depressão; transtornos mentais e/ou risco de suicídio;
 - Fuga freqüente de casa ou moradores de rua.
- c) Adultos com Risco Cardiovascular Alto ou Muito Alto:
 - Grupo de risco alto: portadores de HA grau 1 ou 2, com 3 mais fatores de risco; ou portadores de HA grau 3, sem fatores de risco;
 - Grupo de risco muito alto: portadores de HA grau 3, que possuem 1 ou mais fatores de risco; ou portadores de HA com doença cardiovascular ou renal manifesta.
- d) Adultos com Risco para Diabete:
 - Não usuários de insulina, com hipertensão;
 - Usuários de insulina.
- e) Adultos com Alto Risco para Tuberculose:
 - Usuários com antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica;
 - Doente de aids ou soro positivo para o HIV;
 - Antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias;
 - Suspeita de tuberculose multidrogarresistente;
 - Tuberculose extrapulmonar (principalmente meningite tuberculose);
 - Pacientes em retratamento por abandono, recidiva e falência.
- f) Adulto com Alto Risco para Hanseníase:
 - Surtos reacionais repetitivos;
 - Relato de reações adversas aos medicamentos;
 - Presença de seqüelas nos olhos, nariz, mãos e pés.
- g) Adultos com Risco Grave para Saúde Mental:
 - Usuários com transtornos mentais graves e persistentes;
 - Uso prejudicial de álcool e outras drogas;
 - Egressos de serviços de saúde mental.

h) Gestantes de Alto Risco:

- Dependência de drogas lícitas e ilícitas;
- Morte perinatal anterior; abortamento habitual;
- Esterilidade/ infertilidade;
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação; isoimunização; óbito fetal;
- Hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias;
- Nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; epilepsia;
- Doenças infecciosas; doenças auto-imunes; ginecopatias.

i) Idoso com Alto Risco / Idoso Frágil:

- Idosos com ≥ 80 anos
- Idosos com ≥ 60 anos apresentando:
 - Polipatologias (≥ 5 diagnósticos); polifarmácia (≥ 5 drogas/dia);
 - Imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal;
 - Instabilidade postural (quedas de repetição);
 - Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium);
 - Idosos com história de internações frequentes e/ou no período de pós -alta hospitalar;
 - Idosos dependentes nas atividades de vida diária básica - AVD;
 - Insuficiência familiar: idosos que moram sós ou estão institucionalizados.

j) Outras condições ou patologias definidas como prioritárias pela equipe de saúde.

PONTUAÇÃO

Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia	0
Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição	1
2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição	2
1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias	3

PASSOS PARA A CLASSIFICAÇÃO:

Passo 1: Fazer discussão sobre as famílias da área de responsabilidade a partir das informações do Cadastro Familiar e da ficha de Acompanhamento Familiar.

Passo 2: Identificar os fatores sócio-econômicos e as condições/patologias prioritárias presentes na família.

Passo 3: Fazer a pontuação para cada um dos critérios.

Passo 4: Fazer a somatória das duas pontuações, chegando à pontuação total:

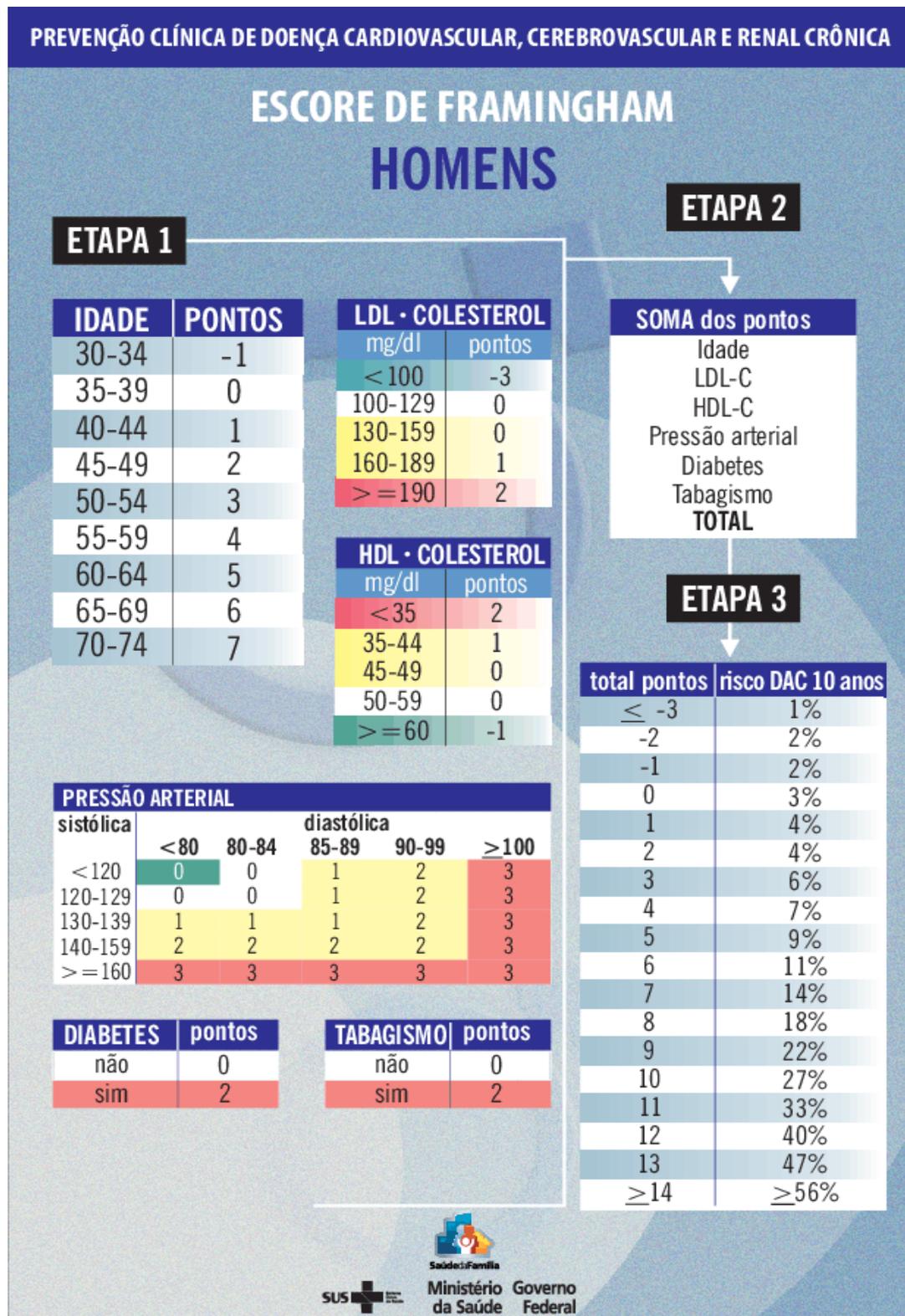
PONTUAÇÃO FINAL PARA CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO		CRITÉRIOS SÓCIO-ECONÔMICOS			
		Nenhum dos fatores de risco	Presença de um dos fatores de risco	Presença de dois fatores de risco	Presença de três fatores de risco
P		0	1	2	3
CRITÉRIOS CLÍNICOS	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição	1	2	3	4
	2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição	2	3	4	5
	1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias	3	4	5	6

Passo 5: Interpretação:

PONTUAÇÃO TOTAL	GRAU DE RISCO
0	Sem Risco
1	Risco Baixo
2 - 3	Risco Médio
≥ 4	Risco Alto

Passo 6: Orientar a família sobre a sua situação e sobre os cuidados a serem tomados.

ANEXO D – Escala de Framingham



FONTE: Brasil. Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica nº 29, 2010.

PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR E RENAL CRÔNICA

ESCORE DE FRAMINGHAM MULHERES

ETAPA 1

IDADE	PONTOS
30-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	7
60-64	8
65-69	8
70-74	8

LDL · COLESTEROL	
mg/dl	pontos
< 100	-2
100-129	0
130-159	0
160-189	2
≥ 190	2

HDL · COLESTEROL	
mg/dl	pontos
< 35	5
35-44	2
45-49	1
50-59	0
≥ 60	-2

PRESSÃO ARTERIAL					
sistólica	diastólica				
	< 80	80-84	85-89	90-99	≥ 100
< 120	-3	0	0	2	3
120-129	0	0	0	2	3
130-139	0	0	0	2	3
140-159	2	2	2	2	3
≥ 160	3	3	3	3	3

DIABETES	pontos
não	0
sim	4

TABAGISMO	pontos
não	0
sim	2

ETAPA 2

SOMA dos pontos

Idade
LDL-C
HDL-C
Pressão arterial
Diabetes
Tabagismo
TOTAL

ETAPA 3

total pontos	risco DAC 10 anos
≤ -2	1%
-1	2%
0	2%
1	2%
2	3%
3	3%
4	4%
5	5%
6	6%
7	7%
8	8%
9	9%
10	11%
11	13%
12	15%
13	17%
14	20%
15	24%
16	27%
≥ 17	≥ 32%



SUS

Ministério da Saúde
Governo Federal