

 Panorama **IEPS**

LINHAS DE CUIDADO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

 **IEPS**
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMCNE

Ficha Técnica

Autores:

Agatha Eleone
Arthur Aguillar
Fernanda Leal
Helyn Thami
Jéssica Remédios
Maria Letícia Machado
Rebeca Freitas

Edição e revisão:

Arthur Aguillar
Fernanda Leal
Helena Ciorra
Helyn Thami
Ricardo Gandour
Valentina Ferrari

Agradecimentos

O IEPS e a Umame agradecem aos municípios de Aparecida de Goiânia-GO, Blumenau-SC, Ilhéus-BA e Vertente do Lério-PE por terem aberto suas experiências e dados de saúde para a construção deste documento.

SUMÁRIO

1. RESUMO EXECUTIVO	4
2. VISÃO GERAL	5
O cenário geral das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil	5
Linhas de cuidado: o que são e como elas deveriam operar?	6
3. APROFUNDANDO O PROBLEMA	9
Por que temos Linhas de Cuidado “ <i>de jure</i> ” e “ <i>de facto</i> ”	9
Causa 1: Gargalos de acesso impedem que usuárias e usuários realizem rastreio e tratamento de DCNT	11
Causa 2: Faltam profissionais e treinamento para a atuação em equipes multiprofissionais no SUS	13
Causa 3: Linhas de cuidado são operadas em total ou parcial segregação entre níveis de cuidado	16
Causa 4: A maioria dos usuários com doenças crônicas não estão sendo acompanhados	18
Causa 5: A maioria dos usuários que sofrem de doenças crônicas não estão cadastrados	19
Causa 6: A lentidão do processo de informatização da Atenção Primária no Brasil	20
Causa 7: Baixa adesão ao tratamento por parte dos usuários com DCNT	21
4. AS SOLUÇÕES	25
Reduzindo gargalos de acesso que impedem que usuárias e usuários realizem rastreio e tratamento de DCNT	25
Garantindo provisão de profissionais e treinamento para a atuação em equipes multiprofissionais no SUS	27
Criando integração entre os diversos níveis do sistema de saúde	29
Ampliando e melhorando o acompanhamento dos usuários com doenças crônicas	30
Ampliando o cadastro de usuários que sofrem com doenças crônicas	31
Acelerando o processo de informatização da Atenção Primária no Brasil	32
Aumentando a adesão ao tratamento por parte dos usuários com DCNT	33
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1. RESUMO EXECUTIVO

Este Panorama IEPS¹ analisa o **manejo das linhas de cuidado das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos municípios brasileiros**. A partir de uma vasta revisão de literatura e da realização de entrevistas semi estruturadas com gestores e gestoras municipais, profissionais de saúde da ponta e usuários e usuárias do Sistema Único de Saúde, a pesquisa conclui que:

- Aproximadamente **3 a cada 4 mortes de brasileiros (74%) são causadas por DCNT** (WHO, 2016). Tal fato faz com que as DCNT sejam hoje o principal desafio de nosso sistema de saúde e que a **eficácia de suas linhas de cuidado seja um importante determinante do bem estar da população brasileira;**
- De forma geral **as linhas de cuidado de DCNT não estão devidamente implantadas nas cidades brasileiras**. Isso não significa que os municípios não dêem a devida atenção ao tema. Existe, no entanto, uma **lacuna entre o que está expresso nas diretrizes de manejo das DCNT no Brasil, as linhas de cuidado de jure, e o que é de fato executado na Atenção Primária municipal**, o conjunto de procedimentos implementados na prática pelos gestores e gestoras públicas para manejar as condições crônicas em seu território, as *linhas de cuidado de facto*;
- Existem **sete razões principais** pelas quais as linhas de cuidado não estão adequadamente implantadas nos municípios brasileiros (Box 1);
- O fato das linhas de cuidado não estarem corretamente implementadas faz com que da população que sofre com essas doenças **não seja acompanhada nem tratada**, causando potencialmente **um aumento da morbidade e da mortalidade associada a essas doenças;**
- A melhora do manejo das DCNT é **potencialmente uma das formas mais efetivas de melhorar o bem estar dos brasileiros**. Apresentamos na segunda parte deste Panorama diversas **soluções que estão sendo implementadas pelos municípios brasileiros** e que mostram que este é um desafio que a gestão pública tem condições de resolver.

Causa 1: Gargalos de acesso impedem que usuárias e usuários realizem rastreio e tratamento de DCNT

Causa 2: Faltam profissionais e treinamento para a atuação em equipes multiprofissionais no SUS

Causa 3: Linhas de cuidado são operadas em total ou parcial segregação entre níveis de cuidado

Causa 4: A maioria dos usuários com doenças crônicas não estão sendo acompanhados

Causa 5: A maioria dos usuários que sofrem de doenças crônicas não estão cadastrados

Causa 6: A lentidão do processo de informatização da Atenção Primária no Brasil

Causa 7: Baixa adesão ao tratamento por parte dos usuários com DCNT

Box 1 – As sete causas pelas quais as linhas de cuidado não estão adequadamente implantadas

1- Este relatório foi realizado em parceria pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e pela Umane

2. VISÃO GERAL

O CENÁRIO GERAL DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) matam 41 milhões de pessoas a cada ano, o equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. Desse total, 15 milhões de pessoas morrem por alguma DCNT entre 30 e 69 anos, sendo mais de 85% dessas mortes “prematuras” e ocorrendo em países de baixa e média renda, como o Brasil. Portanto, a detecção, a triagem e o tratamento, bem como os cuidados paliativos, são componentes essenciais da resposta às DCNT. Além disso, essas doenças são impulsionadas por forças que incluem a rápida urbanização não planejada, a globalização de estilos de vida pouco saudáveis e o envelhecimento da população. Em locais com poucos recursos, os custos dos cuidados de saúde para as DCNT drenam rapidamente os recursos domésticos. Os custos exorbitantes das DCNT, incluindo o tratamento frequentemente longo e caro e a perda de chefes de família, forçam milhões de pessoas à pobreza anualmente e sufocam o desenvolvimento.

Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado importantes transformações no seu padrão de mortalidade e morbidade, em função dos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional. Assim como a nível mundial, as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil são altamente relevantes, tendo sido responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (28%), neoplasias (18%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5%), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Para esta instituição, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades. Entre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas.



Profissional de saúde realiza ação de promoção de hábitos saudáveis (atividade física) com grupo de usuárias e usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Caruaru (PE)

Por meio desses dados é possível assumir que as doenças crônicas pressionam (e tendem a pressionar cada vez mais) o sistema de saúde brasileiro. Para endereçar essa pressão, existe um conjunto de ações que devem ser implementadas, dentre elas aquilo que se denomina como Linha de Cuidado (LC).

LINHAS DE CUIDADO: O QUE SÃO E COMO ELAS DEVERIAM OPERAR?

Segundo Malta e Merhy (2010), as linhas de cuidado são fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário para atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede e devem estar claramente definidas.

A Linha de Cuidado se inicia com a entrada do usuário em qualquer ponto do sistema, a partir do qual inicia-se o caminho do cuidado conforme suas necessidades, desde serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar ou outros serviços da rede.

Por serem extremamente complexas, as condições crônicas requerem, além de protocolos e diretrizes, não apenas uma, mas diversas políticas nacionais que se combinam para seu enfrentamento. O box abaixo resume algumas políticas, materiais instrutivos e/ou normativas que definem como deveria ser a operação das Linhas de Cuidado.

MATERIAIS INSTRUTIVOS

> Cadernos de Atenção Básica

Buscam fortalecer as ações assistenciais em saúde. Os cadernos fornecem metodologias, guias clínicos com base em evidências científicas e fluxos assistenciais adequados para que as equipes organizem e executem as ações de atenção às usuárias e usuários que sofrem de DCNT.

DIRETRIZES

> Planos de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2011-2022 e 2022-2030)

Os Planos buscam promover o desenvolvimento e implementação de políticas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para o controle de fatores de risco e das DCNT propriamente ditas. Os documentos, especialmente a edição 2011-2022, trazem eixos estratégicos e ações com metas claras a serem alcançadas, o que perdeu fôlego na edição seguinte.

POLÍTICAS NACIONAIS E PROGRAMAS NACIONAIS

> Política Nacional de Alimentação e Nutrição
Pauta a garantia do direito humano à alimentação e busca melhorar as condições de alimentação da população brasileira. O documento também organiza diretrizes para a atenção nutricional no âmbito do SUS (a alimentação não-saudável é um importante fator de risco para as DCNT).

> Política Nacional de Promoção da Saúde
É a política nacional que propõe diretrizes para a atuação não sobre doenças ou problemas de saúde específicos, mas sobre os determinantes (dentre os quais os determinantes sociais) do processo saúde-doença. Muitos desses determinantes têm profunda relação com as DCNT.

Box 2 – Políticas e programa nacionais, normativas e materiais instrutivos que indicam a direção ideal de implementação das Linhas de Cuidado de DCNT no SUS

Além do arcabouço de políticas e diretrizes, existe um conjunto de processos que devem ser implementados para que as linhas de cuidado sejam efetivas e entreguem valor aos usuários dos SUS que sofrem com condições crônicas. Esse conjunto de processos se divide em dois grupos: os macro e os micro processos. Estes se referem ao conjunto de dimensões do sistema que precisam operar em sincronia para que a linha de cuidado funcione, e aqueles às ações envolvidas no dia a dia das unidades, relacionadas à atuação dos profissionais e todo trabalho que precisam fazer para realizar o ato de cuidar. O box a seguir sumariza quais são esses processos:

5 MACROPROCESSOS E ATIVIDADES PRINCIPAIS PARA UMA LINHA DE CUIDADO EFETIVA

ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA E DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

- 1**
- Estruturar informações sobre a população do território (diagnóstico situacional e/ou prontuário eletrônico);
 - Disponibilizar dados sobre fatores de risco da população (atividade física, alimentação, tabagismo, uso nocivo de álcool, obesidade, hipertensão, diabetes);
 - Disponibilizar para os profissionais ferramentas e instrumentos para que possam lidar com as diversas situações que o cuidado no dia a dia apresenta.

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE EFETIVA

- 2**
- Divulgar as ações voltadas para o cuidado dos usuários com DCNT;
 - Comunicar sobre os riscos e cuidados necessários com as DCNT;
 - Utilizar diversos meios de comunicação para dialogar com a população e os profissionais;
 - Incentivar iniciativas de advocacy e promover a mudança de comportamentos;
 - Envolver a comunidade nas ações e empoderá-los para o autocuidado.

A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES INTERSETORIAIS

- 3**
- A gestão precisa conhecer as políticas e ações existentes que possam ser implementadas no município e ajudar a resolver alguns nós do cuidado de pacientes crônicos, priorizando aquelas que sejam abrangentes e integradas às demais existentes;
 - Entender o que precisa ser feito para implementação de algumas políticas, se há necessidade de financiamento, medidas legislativas e etc;
 - Centralizar as ações nas atividades relacionadas à promoção da saúde, ou seja: capacitar os profissionais para desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde, promover ações sobre alimentação saudável, incentivar a prática de atividade física, promover ações que reduzam e controlem o consumo de álcool e tabaco e promover/articular ações que estimulem o respeito às diversidades e diferenças de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e em relação às pessoas com deficiências e necessidades especiais.

ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS

- 4**
- Ao pensar a linha de cuidado e sua estrutura, precisamos visualizar os diversos pontos de cuidado nos diferentes níveis de atenção e entender que todos são fundamentais;
 - Cada um deles precisa estar conectado para que haja uma rede de fato, profissionais e usuário devem conhecer essa rede;
 - O cuidado precisa ser em rede; se um hipertenso leve tem sua porta de entrada numa unidade básica e será referenciado para serviços de média ou alta complexidade, o usuário hipertenso grave que sai de um hospital também precisa ser encaminhado para sua unidade básica e dar continuidade no seu cuidado;
 - Profissionais das equipes precisam construir e manter vínculo com seus usuários. Nesta conexão, os processos macro e micro se encontram e se complementam.

CONHECER GRUPOS PRIORITÁRIOS E PROTOCOLOS

- 5**
- Uma vez identificado o perfil da população do território, saber quem são os grupos prioritários para direcionar suas ações é importante para o cuidado de usuários com DCNT;
 - Cada sujeito é único, mesmo que ele seja parte dos usuários com DCNT, para definir seu caminho no cuidado, deve ser considerada sua singularidade e autonomia nas opções terapêuticas, construa JUNTO com o usuário e não para o usuário;
 - Disponibilizar protocolos, diretrizes e orientações voltadas para DCNT é fundamental. A gestão deve estar atenta à forma que os profissionais terão acesso e como serão orientados para o uso desses instrumentos.

Box 3 – Tipologia para entender a implementação das Linhas de Cuidado: macroprocessos necessários

3 MICROPROCESSOS E ATIVIDADES PRINCIPAIS PARA UMA LINHA DE CUIDADO EFETIVA

ATUAÇÃO DA EQUIPE NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

1

O cuidado do usuário com DCNT precisa ser feito em equipe, de forma multidisciplinar, cada integrante é fundamental para a adesão do usuário ao tratamento. Partindo do acolhimento, passando pelo diagnóstico até a definição do tratamento em si, cada momento é parte dos microprocessos que constroem a linha de cuidado.

VINCULAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADOR

2

Para que o usuário portador de uma condição crônica seja acompanhado de fato, o profissional precisa se responsabilizar pelo processo. Ao iniciar caminho pela linha de cuidado, há um fluxograma estabelecido que o profissional precisa dar continuidade. Ao realizar os exames e ser diagnosticado com uma condição crônica, o usuário precisa retornar à UBS e o profissional vai direcionar os próximos passos a partir de suas capacidades técnicas e experiência.

O caminho do cuidado estabelecido para o usuário precisa ser pessoal e construído junto, é um momento para criar ou reforçar o vínculo que será importante para que esse caminho do cuidado seja bem sucedido.

BUSCA DA PRODUÇÃO DA AUTONOMIA DO USUÁRIO

3

O cuidado precisa ser centrado na pessoa, ou seja, no usuário. Por isso, ele precisa ser empoderado nesse processo de cuidar de si.

Proporcionar espaços de grupo para trocas e encontros, além disso, estratégias de educação em saúde e muita criatividade podem ser um diferencial para adesão ao tratamento.

Box 4 – Tipologia para entender a implementação das Linhas de Cuidado: microprocessos necessários

A despeito de sua relevância e todo o aparato normativo que a sustenta, a pesquisa que deu origem a este relatório identificou um problema com relação às Linhas de Cuidado: existe uma lacuna entre as linhas de cuidado apresentadas nas normativas e nas políticas em relação àquelas que se efetivam e são implementadas no mundo real.

Dentre os municípios pesquisados, nenhum tinha as Linhas de Cuidado 100% implementadas. **Portanto, há as Linhas de cuidado “de jure” e as linhas de cuidado “de facto”.**

Ao longo das próximas seções, aprofundaremos as causas pelas quais existe uma implementação apenas parcial daquilo que é previsto para a operacionalização das linhas de cuidado e, abordaremos, também, as soluções possíveis - e já implementadas em diversos contextos - para cada uma dessas causas.

3. APROFUNDANDO O PROBLEMA

POR QUE TEMOS LINHAS DE CUIDADO “DE JURE” E “DE FACTO”?

As linhas de cuidado de doenças crônicas, apesar de não serem uma política nova, têm ainda grandes e persistentes desafios de implementação. Nossos achados reafirmam que elas se efetivam nos municípios de formas bem diferentes daquelas que as políticas propõem. Há a linha de cuidado real e aquela posta em papel.

De acordo com as entrevistas que realizamos com usuários, profissionais de diversos níveis de gestão e da assistência, nenhum município pesquisado tem Linhas de Cuidado plenamente implementadas, o que é corroborado por outros achados da literatura, em outros contextos (Venâncio et al., 2016). Por vezes, gestores reconhecem essa lacuna de implementação e os próprios profissionais de Unidades Básicas de Saúde relatam não haver um fluxo definido e eficiente para a concretização dessa política. Profissionais podem desconhecer o que são essas Linhas de Cuidado na prática, ou, ainda, não reconhecer, em suas práticas diárias, ações que competem ao cuidado longitudinal proposto pelas normativas. As citações abaixo, extraídas das entrevistas, ilustram o exposto:



Existem dois grupos de desafios de implementação. Primeiro, existem os desafios de macroprocessos, ou seja, as ações de gestão e organização do sistema de saúde para lidar com as demandas e pressão peculiares geradas pelas DCNT. Segundo, existem os desafios dos microprocessos, que dizem respeito às ações do dia a dia das unidades de saúde, à necessidade de estabelecer bom vínculo com usuários, compreender o território e compartilhar o ato do cuidado, evitando dar um caráter prescritivo e impositivo às estratégias terapêuticas (Franco & Magalhães Júnior, 2004; Malta et al., 2016).

Segundo nossos achados, são 7 causas pelas quais a implementação ainda está aquém do esperado, conforme consta abaixo. As doenças crônicas não transmissíveis, como citado anteriormente, impõem desafios de implementação comuns às políticas de enfrentamento a questões multifatoriais e complexas - que devem envolver não só o sistema de saúde, mas a compreensão do comportamento humano e dos territórios.

- Causa 1:** Gargalos de acesso impedem que usuárias e usuários realizem rastreio e tratamento de DCNT
- Causa 2:** Faltam profissionais e treinamento para a atuação em equipes multiprofissionais no SUS
- Causa 3:** Linhas de cuidado são operadas em total ou parcial segregação entre níveis de cuidado
- Causa 4:** A maioria dos usuários com doenças crônicas não estão sendo acompanhados
- Causa 5:** A maioria dos usuários que sofrem de doenças crônicas não estão cadastrados
- Causa 6:** A lentidão do processo de informatização da Atenção Primária no Brasil
- Causa 7:** Baixa adesão ao tratamento por parte dos usuários com DCNT

Box 5 – As sete causas pelas quais as linhas de cuidado não estão adequadamente implantadas

O box abaixo interrelaciona as 7 causas que encontramos e os macro e microprocessos de gestão e assistência à saúde que precisam ser implementados para que as Linhas de Cuidado sejam efetivamente implementadas.

CAUSA 1: Gargalos de acesso impedem que usuárias e usuários realizem rastreio e tratamento de DCNT

CAUSA 2: Faltam profissionais e treinamento para a atuação em equipes multiprofissionais no SUS

CAUSA 3: Linhas de cuidado são operadas em total ou parcial segregação entre níveis de cuidado

CAUSA 4: A maioria dos usuários com doenças crônicas não estão sendo acompanhados

CAUSA 5: A maioria dos usuários que sofrem de doenças crônicas não estão cadastrados

CAUSA 6: A lentidão do processo de informatização da Atenção Primária no Brasil

CAUSA 7: Baixa adesão ao tratamento por parte dos usuários com DCNT

MACRO PROCESSOS:

Organização da rede de serviços; e importância das ações intersetoriais (conhecer políticas existentes e seus gargalos de implementação)

MACRO PROCESSOS:

Organização da vigilância e da informação em saúde (disponibilizar ferramentas aos profissionais) e conhecer grupos prioritários e protocolos

MACRO PROCESSOS:

Organização da rede de serviços

MICRO PROCESSO:

Atuação da equipe na coordenação do cuidado

MACRO PROCESSOS:

Organização da vigilância e informação em Saúde

MICRO PROCESSO:

Vinculação e responsabilização do cuidador

MACRO PROCESSOS:

Organização da vigilância e informação em Saúde

MICRO PROCESSO:

Vinculação e responsabilização do cuidador

MACRO PROCESSOS:

Organização da vigilância e da informação em saúde (disponibilizar ferramentas aos profissionais, conhecer e gerir políticas existentes)

MICRO PROCESSO:

Busca pela autonomia do usuário ou usuária, e atuação da equipe na coordenação do cuidado

Box 6 – Macro e microprocessos envolvidos em cada uma das 7 causas da implementação incompleta das Linhas de Cuidado no SUS

CAUSA 1: GARGALOS DE ACESSO IMPEDEM QUE USUÁRIAS E USUÁRIOS REALIZEM RASTREIO E TRATAMENTO DE DCNT

A cobertura de Atenção Primária à Saúde

De acordo com o Ministério da Saúde, até dezembro de 2020, a população coberta pela Atenção Primária no Brasil era de 76,08% - o que representa em torno de 159.900.453 cidadãos. O restante da população reside em locais ainda considerados como vazios sanitários. Essas pessoas não têm acesso nem à prevenção de fatores de risco e nem a tratamento para os agravos já mencionados, e por não estarem cobertas, não são contabilizadas nos registros em saúde a nível populacional. Nesse sentido, ainda que se alcancem as metas estabelecidas para o acompanhamento de usuários cadastrados nas equipes de atenção primária, enquanto houver população descoberta, continuaremos vivenciando óbitos por DCNT.

MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da rede de serviços; Importância das ações intersetoriais (conhecer políticas existentes e seus gargalos de implementação)

Considerando que o Brasil é um país cuja organização do sistema de saúde se dá através da Atenção Primária, ela deve funcionar como o primeiro contato do usuário, guiando sua navegação pelo sistema como um todo, incluindo níveis de maior complexidade (Starfield, 2002). Esse serviço é capaz de produzir resultados sanitários melhores (comparados à ausência de APS forte) em relação a todas as causas de mortalidade, todas as causas de morte prematura e, também, causas de mortalidade prematura ligada a doenças cardiovasculares e respiratórias (Atun, 2004). Muitas dessas causas de mortalidade têm como fatores de risco as doenças crônicas, sobretudo hipertensão, diabetes e obesidade. Logo, a APS é (ao menos normativamente) o ponto central para a prevenção e controle dessas condições.

Embora a cobertura pela Atenção Primária no Brasil tenha mantido tendência de crescimento na história recente - entre 2013 e 2019, houve 11,6% de incremento na cobertura no país (Giovannella et al., 2020) - ainda existem municípios onde a cobertura é baixa, o que, por sua vez, compromete o acompanhamento dos usuários portadores de DCNT conforme preveem as normativas. Um exemplo é o caso citado abaixo, revivido por outras médias e grandes cidades brasileiras:



“O desafio é a cobertura de atenção primária que nós temos. A ESF tem cerca de 49% de cobertura, mais de 50% do município são de ambulatórios. Com a cobertura ampla nós teríamos um elo mais efetivo entre o serviço de saúde e os crônicos.” - Gestor(a)

A expansão da cobertura da APS requer investimento, o que pode ser um ponto sensível para municípios, sobretudo do ponto de vista orçamentário-financeiro. Contudo, é um imperativo, caso desejemos um bom manejo das doenças crônicas no país, cuja prevalência vem crescendo.

Barreiras de acesso em serviços existentes

A disponibilidade dos equipamentos de saúde, contudo, não é o único gargalo de acesso. O horário de funcionamento foi citado tanto por profissionais quanto por gestores como uma barreira para os usuários, o que requer adaptação dos serviços:



“Estamos começando a flexibilizar um sábado por mês para que essas pessoas consigam ir para a unidade de saúde participar de atividades.”
- Gestor(a)

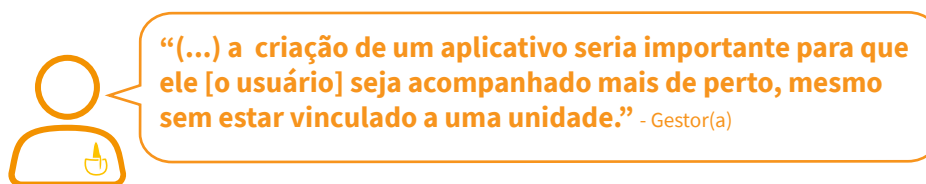


“(...) tentamos ser mais acessíveis adaptando horários.”
- Profissional da Assistência

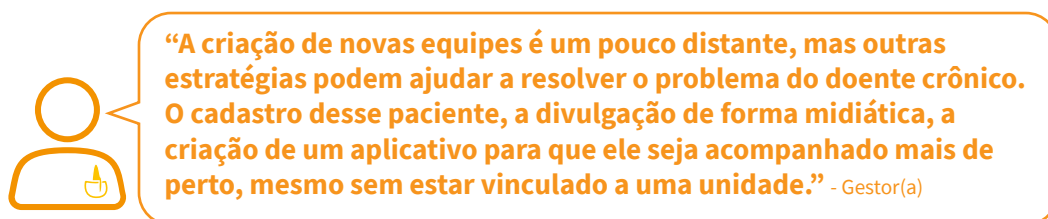
A literatura mais ampla da Saúde corrobora esse achado, sendo bastante frequentes relatos de usuários e profissionais sobre descompasso de horários entre comunidades e serviços (Oliveira et al., 2019; Cunha et al., 2010). Em alguns casos, o horário de atendimento figura na primeira posição de itens mais mal avaliados pelos usuários (Oliveira et al., 2019). Um exemplo anedótico (e comum) é o que acontece nas zonas mais vulneráveis de grandes cidades, onde boa parte dos cadastrados trabalham em horário comercial, mesmo horário de funcionamento das unidades de saúde.

Atualmente, o Previne Brasil oferece incentivo financeiro para extensão de horário em Unidades Básicas de Saúde, por meio do Programa Saúde na Hora. Os municípios devem procurar essa oportunidade de financiamento para melhorar o acesso aos seus serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito às doenças crônicas.

Além da adaptação de horários, a incorporação de novas tecnologias também foi citada como uma potencial ferramenta de ampliação de acesso:



Não menos importante, podemos considerar o teleatendimento como alternativa para proporcionar o acompanhamento de usuários com doenças crônicas em um cenário de incompletude de equipes e problemas relacionados à cobertura. Via de regra, um usuário acompanhado de forma longitudinal sem intercorrências não necessita de intervenções específicas do ponto de vista clínico. Um entrevistado(a) explicita essa possibilidade de abordagem:



De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência deve ser pautada na necessidade do usuário, sempre respeitando a integralidade do cuidado. Se durante a consulta for observada a necessidade, o profissional deverá avaliar a urgência do caso e solicitar atendimento presencial.

Um estudo que analisou a criação ou uso de aplicativos de saúde e suas potencialidades no mundo real mostrou que a pressão por adoção desse tipo de tecnologia é grande. Contudo, há muita fragmentação de iniciativas. Desse modo, é preciso pensar na integração de plataformas que já existem e são amigáveis para o usuário, tendo finalidades muito bem delimitadas (van Velsen et al., 2013). A tecnologia não é uma panaceia e precisa haver clareza do problema a ser resolvido por meio dela. A Saúde da Mulher ilustra bem o exposto: apenas uma pequena parcela de mulheres (cerca de 10%) sem os exames em dia agendaram consultas após um lembrete via celular, com um link para um aplicativo de agendamento (Ryan et al., 2020). Existem muitas camadas no acompanhamento de usuários de um sistema de saúde que não têm soluções únicas e milagrosas.

No contexto brasileiro, são escassas (para não dizer inexistentes) análises robustas sobre o uso de tecnologias para ampliação de acesso e/ou avaliação de impacto de tecnologias já em uso. Há consenso sobre o potencial dessas ferramentas, mas assim como as Linhas de Cuidado em geral, não há clareza sobre objetivos e modelos eficazes de implementação.

CAUSA 2: FALTAM PROFISSIONAIS E TREINAMENTO PARA A ATUAÇÃO EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NO SUS

Recursos humanos são um tópico bastante discutido no âmbito do SUS desde sua criação. Para uma pesquisa desta natureza, não surpreende que esse tenha sido um eixo temático bastante citado, seja no âmbito da assistência, seja no âmbito da gestão. No conteúdo das entrevistas, surgiram duas dimensões principais com relação ao RH: arranjo de equipes (de modo multidisciplinar) e a capacitação para atuação no setor público e em DCNT. Cada um desses tópicos será abordado a seguir:

MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da vigilância e da informação em saúde (disponibilizar ferramentas aos profissionais) e Conhecer grupos prioritários e protocolos

Faltam aos times da APS uma gama de profissionais (e conhecimentos) necessários à implementação das linhas de cuidado

Há um robusto corpo de evidências que nos permite afirmar: o manejo bem sucedido de doenças crônicas passa por times multidisciplinares. Existem alguns fatores que predizem esse sucesso, como por exemplo: presença da Enfermagem e Farmácia, onde cada um desses profissionais tenha conhecimento clínico e comportamental; e o apoio pontual de especialistas em outras áreas (Wagner, 2000).

Os achados da pesquisa confirmam que, conforme as diretrizes da Saúde da Família, as equipes já se organizam de forma multiprofissional, conforme mencionado por nossos entrevistados:



“Os responsáveis primeiro são enfermeiros e médicos no âmbito das unidades. ACS que fazem a busca ativa. Esses três atores são os mais primordiais para captar o paciente.” - Gestor(a)

“Na ponta, eu tenho os servidores, equipes formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, psicólogos.” - Gestor(a)

“Mas antes da pandemia o funcionamento [do acompanhamento aos usuários] é muito bom com psicólogo, psiquiatra.” - Gestor(a)

Em termos de composição, o Brasil se destaca pela centralidade do trabalho multiprofissional, já dada na composição de equipes de Saúde da Família (pela integração de enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, dentistas, e técnicos de diversas áreas) e também pautado, no passado, no âmbito dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (com adição de nutricionistas, psicólogas, farmacêuticas e assim por diante). O Programa Previne Brasil, contudo, extinguiu a indução financeira para implantação desses núcleos, deixando integralmente a cargo dos municípios a contratação de profissionais de especialidades diversas, o que requer um aporte grande de recursos, muitas vezes indisponíveis.

Não há consenso sobre o NASF-AB ser o melhor arranjo para a inclusão de uma variedade de profissionais na interface com a Atenção Primária - a mensuração de seus impactos nem sempre mostram resultados animadores (Moretti et al., 2016) - e há desafios de gestão e de provisão de profissionais pelo território brasileiro que precisariam ser endereçados (Melo et al., 2018). Contudo, dada a robustez da evidência que aponta a necessidade do trabalho multiprofissional para um bom manejo das DCNT, essa pauta deveria ser prioritária na política pública, seja em caráter de reforço e indução ao NASF-AB, seja na criação de modelos substitutivos.

Equipes incompletas, independentemente da categoria profissional, são limitadoras para a condução dos processos, tendo em vista que todo o fluxo de trabalho é em equipe, com exceção dos momentos de atendimento individual. Do ponto de vista dos dados, o acompanhamento da maioria dos indicadores de saúde e o alcance das metas fica prejudicado em um cenário de incompletude. Além disso,

a cada mudança de profissionais, um novo ciclo de treinamento de registro e coleta de dados se inicia, e um novo ponto de partida para a criação de vínculo com a comunidade também, o que pode causar impacto negativo para o acompanhamento dos agravos em saúde.

Há, também, outras discussões que precisam ser travadas, sobretudo para alinhar a atuação de times diversos aos princípios, diretrizes e políticas do SUS e sua preparação para endereçar os gargalos de acompanhamento de condições crônicas, sobretudo a questão das mudanças de comportamento e autocuidado apoiado. A citação abaixo reforça esse ponto:



“O atendimento é muito impessoal (...) eu tenho um transtorno de ansiedade e tenho pavor que os medicamentos me façam mal. Isso é muito sério. Os médicos não olham pra isso na consulta, acham que hipertenso é hipertenso e não toma remédio por ser teimoso.”

- Usuária do SUS

Nesse caso, em especial, o aspecto da integralidade é negligenciado, ou seja, a usuária não é vista como parte de um arranjo social mais amplo, nem como portadora de múltiplas necessidades e demandas em saúde. O conhecimento básico sobre os princípios do SUS - a integralidade, a equidade e a universalidade - poderia mitigar esse tipo de falha de atendimento.

A desconexão entre universidades e o cotidiano da saúde

A formação acadêmica das matérias de saúde em geral sustentam, de modo persistente, o excesso de especialização e a preparação para uma prática liberal e privada - a despeito de o SUS ser o maior mercado de trabalho em saúde no país². Além disso, há o déficit de incorporação de disciplinas de Saúde Pública nos currículos de saúde, em diversas áreas. Pesquisas da área de Educação Física (Silva et al., 2021) e Nutrição (Recine et al., 2014), por exemplo, identificam a escassez de disciplinas em Saúde Coletiva ou a dissonância entre projetos políticos-pedagógicos e práticas dessas mesmas disciplinas.

O caminho mais rápido para “burlar” a lentidão acadêmica na absorção de mudanças mais profundas em termos de currículo é a formação em serviço, seja em parcerias com universidades durante a graduação, seja através de cursos de pós-graduação. Essas estratégias se mostraram valiosas em diferentes contextos (Pizzinato et al., 2012; Cunha et al., 2013). Os municípios brasileiros precisam avançar na construção desses programas, através de parcerias com Instituições de Ensino e, também, outros atores sociais relevantes, que podem ajudar a maximizar esse impacto: núcleos de telessaúde, centros de pesquisa, terceiro setor, etc.

Há, ainda, outra lacuna a preencher: incorporar conteúdo de ciências comportamentais nos processos de formação em serviço, formação acadêmica e em nível de extensão e pós-graduação. Os resultados tendem a aparecer em médio e longo prazo, mas essa é uma empreitada necessária para garantir um alinhamento entre os desafios impostos pelas DCNT e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Segundo Vallis et al. (2018) a incorporação das ciências comportamentais na prática de profissionais cuidadores melhora significativamente os resultados em saúde. Contudo, os mesmos autores também diagnosticam a ausência ou insuficiência de treinamentos para dar a robustez necessária a essa atuação em larga escala. Isso parece acontecer em nível internacional, não apenas no Brasil.

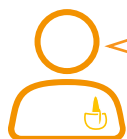
Entre o saber e o fazer: as estratégias de construção e disseminação de conhecimento são subótimas

Um tema que complementa o item anterior são os modelos de capacitação, difusão de conhecimento e treinamentos de profissionais para atuação em DCNT. Por serem condições multifatoriais e complexas, a boa atuação clínica dependerá não só dos fatores relacionais e leves, mas também de assertividade clínica, baseada na melhor evidência disponível.

2- http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v11/artigo2_formacao_para_sus.pdf

Mais fácil dito que feito: existe grande volume de documentos técnicos produzidos pelo Ministério e por entes subnacionais (que têm autonomia para tal), de modo que a quantidade de informação é grande e constantemente atualizada. Mais do que isso, alterar comportamentos clínicos anteriores e garantir adequação a protocolos são desafios comportamentais importantes.

De acordo com nosso entrevistados, existem mecanismos de difusão desse tipo de informação técnica para as equipes:



“Temos conhecimento sim dos protocolos vindos do Ministério, e usamos muito o WhatsApp como meio de propagar a informação.” - Gestor(a)

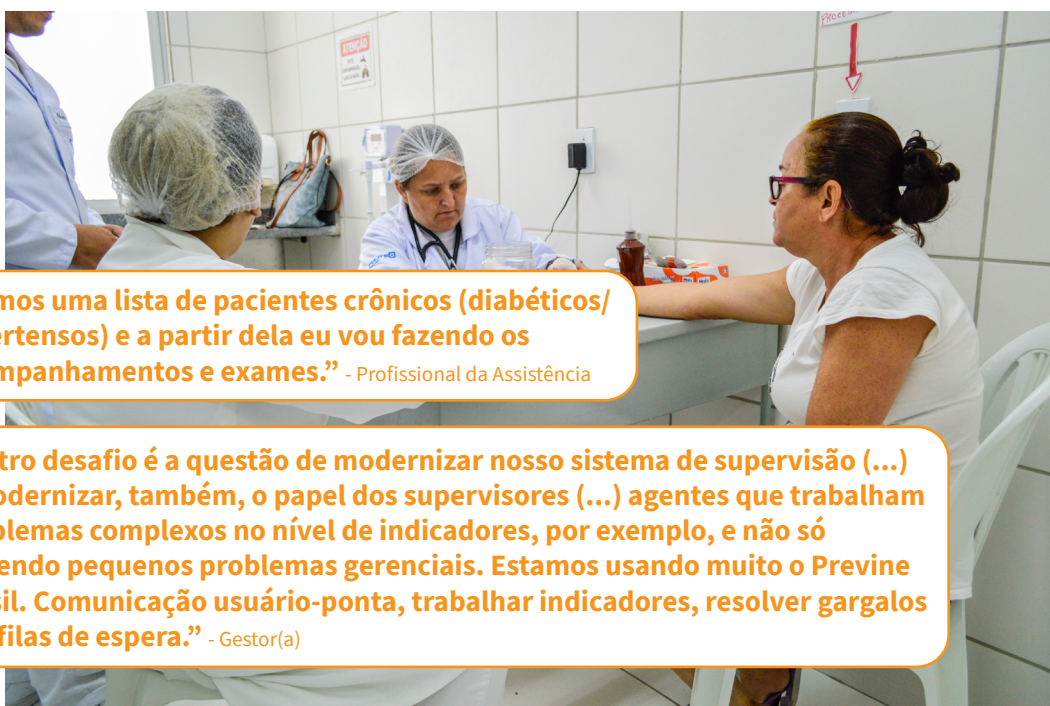
“Encaminhamos por e-mail as mudanças [de protocolos]. No protocolo do COREN de SC houve um treinamento para a equipe.” - Gestor(a)

Há o ponto, porém, de que divulgar as informações não garante efetiva adesão a tais protocolos. De acordo com estudos (Remco et al., 2014) voltados especificamente para a área de Saúde, outros fatores parecem essenciais para garantir a adequação e seguimento das diretrizes clínicas: experiência clínica pessoal e preferências pessoais (no nível individual) e participação no desenho do protocolo, treinamento e existência de mecanismos de controle (no nível organizacional).

Considerando o exposto, é crucial que municípios desenvolvam metodologias mais ativas, bem como mecanismos de controle para garantir a correta adesão aos protocolos preconizados.

Outro fator fundamental a considerar é a fragilidade ou inexistência de ferramentas de gestão para treinamento e qualificação dos profissionais que garantam a realização de ações contidas no escopo da APS, sobretudo na utilização de prontuários e sistemas de informação.

Do ponto de vista da gestão, é através das listas e relatórios gerados pelos sistemas de informação que um leque de possibilidades para ações de promoção e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas se abre. Relatórios e listas de usuários com doenças crônicas e fatores de risco – fornecidos pelos sistemas a partir da alimentação do prontuário – são o principal material de trabalho do gestor local e dos responsáveis técnicos das equipes de saúde. A partir desses documentos, podem direcionar urgências, avaliar demandas que podem ser agendadas, além de munir sua equipe de informações sobre quais usuários necessitam de busca ativa, por eventuais acompanhamentos em atraso, receituários sem revisão, avaliação de pressão arterial e aferição de glicemia não realizada, ou que ocasionalmente não comparecem à unidade de saúde há algum tempo e podem necessitar de avaliação global. Falas dos entrevistados corroboram:



“Temos uma lista de pacientes crônicos (diabéticos/ hipertensos) e a partir dela eu vou fazendo os acompanhamentos e exames.” - Profissional da Assistência



“Outro desafio é a questão de modernizar nosso sistema de supervisão (...) e modernizar, também, o papel dos supervisores (...) agentes que trabalham problemas complexos no nível de indicadores, por exemplo, e não só trazendo pequenos problemas gerenciais. Estamos usando muito o Previne Brasil. Comunicação usuário-ponta, trabalhar indicadores, resolver gargalos das filas de espera.” - Gestor(a)

Profissionais de saúde realizam acompanhamento de rotina de usuária de uma Unidade Básica de Saúde em Caruaru (PE)

Uma comissão de avaliação, treinamento e qualificação de registros em prontuários com atividades de periodicidade definida e composta por profissionais, gestores e técnicos da área de tecnologia da informação pode ser uma ferramenta útil para garantir os padrões de registro apropriados, a qualidade da assistência aos usuários, bem como a segurança da informação – tendo em vista que o prontuário, antes de tudo, é um documento jurídico para profissionais e pacientes.

Além disso, instaurar uma comissão funciona como ponto de troca de saberes, onde os profissionais poderiam compartilhar os maiores desafios com relação a esta importante etapa dos processos de trabalho e, por consequência, obter apoio dos profissionais tanto da tecnologia, na adaptação e qualificação do instrumento de registro e reduzindo possíveis padrões de inconsistências de sistema; como também dos gestores, para instaurar eventuais mudanças de fluxos e processos necessários para aprimorar o acompanhamento integral dos usuários do SUS, e, assim, contribuir para a efetivação da Linha de Cuidado.

Por último, ressaltamos que questões relativas às falhas de registro em prontuário estão comumente relacionadas aos temas de “cadastramento de usuários” e acompanhamento de linhas de cuidado, que interferem no alcance de metas dos indicadores do chamado “pagamento por desempenho”. O cadastramento e o acompanhamento de LCs fazem parte de dois dos três critérios do Programa Previne Brasil: a capitação ponderada e o pagamento por desempenho. Nesse sentido, as falhas ocasionam em fragilidades no custeio da APS para os municípios brasileiros.

CAUSA 3: LINHAS DE CUIDADO SÃO OPERADAS EM TOTAL OU PARCIAL SEGREGAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE CUIDADO

A fragmentação da atuação do sistema de saúde prejudica sensivelmente o acompanhamento de portadores de DCNT. Há dois subtemas dentro de fragmentação que, segundo nossos dados, afetam mais gravemente os municípios brasileiros: a coordenação e integração entre serviços e as falhas de interoperabilidade de sistemas de informação. O resultado dessas falhas é a ausência de informações em tempo hábil nos serviços onde ela é necessária (ou perda de informação), além de aumento do risco de condutas “às cegas” e sobreposição desnecessária de condutas.

- ! **MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS:** Organização da rede de serviços
- **MICRO PROCESSOS ENVOLVIDOS:** Atuação da equipe na coordenação do cuidado

A ausência de coordenação e integração entre serviços prejudica o acompanhamento longitudinal da usuária ou usuário

Outro ponto trazido pelo conteúdo das entrevistas é a dificuldade de trabalhar em rede, provendo um cuidado coordenado, de modo a garantir o cuidado integral que os usuários necessitam. Esse tem sido um gargalo frequente no SUS, mesmo fora do tema das DCNT (Bousquat et al., 2017).

Os entrevistados enfatizaram muito as falhas de coordenação e integração na implementação das Linhas de Cuidado, conforme explicitado abaixo:



“A gente tem uma rede de saúde bem distribuída, mas sabemos que é bem complicado em relação às [doenças] crônicas. Um indicador importante é o que eu posso resolver na minha unidade, então um dos maiores desafios da atenção primária é seguir acompanhando os usuários que vão para serviços especializados. Parece que o paciente deixou de ser teu porque foi para um serviço mais especializado.” - Gestor(a)

“Precisamos melhorar a comunicação da gestão com as equipes e das equipes com o usuário.” - Gestor(a)



“A integralidade do serviço é comprometida por haver pouca ou nenhuma articulação entre atenção primária e de média/alta complexidade.” - Gestor(a)

Um dos principais modelos teóricos sobre integração e coordenação do cuidado propõe que existem cinco graus de integração entre serviços: total segregação, conexão, coordenação, cooperação e integração completa (Ahgren et al., 2005). No nível de conexão, o segundo mais baixo da escala, já se entende como bem estabelecido o fluxo de informação entre profissionais de diferentes níveis de atenção e que o encaminhamento sempre ocorre para a unidade certa, no tempo certo. Isso nos leva a concluir, com base nos relatos dos entrevistados, que a situação da integração para as DCNT ainda está mais próxima da total segregação, na qual nem os fluxos de comunicação e compartilhamento de informações estão estabelecidos e plenamente funcionais.

Os mesmos autores sugerem cinco critérios para avaliar a integração/coordenação dos serviços: qualidade e regularidade de encaminhamentos, existência de protocolos clínicos compartilhados, cadeias de cuidado (fluxos estabelecidos conjuntamente entre serviços), existência de “gestores de integração” (figuras de liderança que olham majoritariamente para a relação entre serviços) e a existência de recursos compartilhados, sejam monetários ou não.

Podemos afirmar, então, que os municípios brasileiros precisam avançar na garantia de integração e coordenação entre serviços, tendo por base os critérios citados acima. Dado o conteúdo das entrevistas até aqui, recomendamos a ênfase na questão dos protocolos e na importância das figuras de liderança que olham para a integração, além do compartilhamento de informações clínicas e contato entre profissionais. A experiência internacional aponta que os melhores resultados de integração ocorrem quando há foco em doenças ou condições de saúde específicas (Martínez-González et al., 2014). Neste caso, quanto mais específico, melhor. As Linhas de Cuidado são, então, uma política privilegiada para pensar e tirar do papel a coordenação e integração do cuidado, que pode ser ampliada a posteriori para outros problemas de saúde.

A ausência de interoperabilidade entre sistemas de informação dificulta o trajeto entre níveis de atenção

A portaria nº 2.073 de 31 de agosto de 2011 do Ministério da Saúde regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade entre sistemas de informação, tanto no âmbito do SUS como no setor de saúde suplementar. Definimos como padrão de interoperabilidade o compromisso com a troca e compartilhamento de informações de prontuários eletrônicos em diferentes sistemas, ou seja, a compatibilidade de terminologias e padronizações “semânticas” entre os sistemas utilizados. A ideia é que exista um prontuário único para que as informações de saúde possam ser consultadas por todos os níveis de atenção.

Passados dez anos, ainda não vimos isso acontecer no Brasil de forma efetiva. Na Atenção Primária, aqueles municípios que optam pelo uso de soluções privadas precisam obrigatoriamente interoperar com o e-SUS APS para fazer jus às transferências do Previner Brasil, logo, o SISAB é capaz de concentrar toda a informação da APS em um só local, bastando que essas soluções se adequem às normativas ministeriais e as Unidades de Saúde estejam efetivamente informatizadas. Contudo, do ponto de vista da interação entre APS, média e alta complexidade, a comunicação é falha. O mesmo vale para o elo entre informações dos serviços públicos de saúde e os estabelecimentos privados (saúde suplementar). Com relação aos benefícios da interoperabilidade, a literatura afirma em uníssono que as vantagens são inúmeras: redução de erros médicos, melhoria da qualidade da assistência prestada, aumento da eficiência do trabalho, melhor controle administrativo, melhor apoio à tomada de decisão, melhor utilização de recursos, etc. (Ribeiro, 2010).

À exemplo da interoperabilidade como ferramenta de manejo das doenças crônicas:

Suponha que um cidadão se sentiu mal e foi socorrido pelo SAMU.

Ao ser levado para a rede hospitalar, os profissionais constataam uma complicação aguda [urgência] decorrente do agravamento de uma doença crônica.

O médico o encaminha à Unidade de Saúde mais próxima de sua casa para acompanhamento, mas o cidadão acredita que não é necessário, pois após a alta já se sente recuperado e saudável.

O usuário é devidamente tratado, se recupera do episódio e deixa o hospital.

Box 7 – Exemplo de caso de usuária ou usuário do SUS que sofre com o agravamento de uma DCNT e busca um serviço de urgência

Para o caso apresentado, existem dois desfechos possíveis. No caso de uma rede de sistemas de informação interoperáveis, por meio de relatórios de saúde dos usuários do seu território, os profissionais da APS estarão informados da ocorrência e poderão realizar a busca ativa desse usuário para acompanhamento longitudinal, inclusive detectando se esse usuário estava desacompanhado anteriormente ou se houve alguma outra falha de manejo no acompanhamento das DCNT. No desfecho real, em um contexto sem interoperabilidade, a APS só estará informada do ocorrido ao acaso, no momento em que o ACS visitar sua residência. Em um cenário desfavorável, esse usuário pode ter uma nova complicação e necessitar de nova hospitalização antes dessa visita.

Este é apenas um exemplo, mas no cotidiano da APS se vêem histórias parecidas, seja na contrarreferência (usuário retornando de outros níveis de atenção para a APS) ou na referência (encaminhamento da APS a um serviço especializado). Comumente os profissionais do nível secundário não têm acesso a todas as informações necessárias para prestar o cuidado mais adequado e compreender as razões pelas quais o usuário ou usuária precisou de uma atenção especializada na resolução e acompanhamento de doenças crônicas, que, via de regra, são solucionáveis na APS.

CAUSA 4: A MAIORIA DOS USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO ESTÃO SENDO ACOMPANHADOS

Ainda que a lógica de controle de fatores de risco e agravamento de doenças esteja abarcado pela política nacional com o e-SUS APS, sendo avaliado principalmente por meio do Programa Previne Brasil, o que vemos nos Indicadores de Desempenho dos Painéis de Indicadores da APS³ é que o Brasil não passou da marca de 4% de acompanhamento de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre, e solicitou avaliação de hemoglobina glicada de apenas 10% de pessoas diabéticas no terceiro quadrimestre de 2020. Para a Cobertura de Exame Citopatológico (exame preventivo para câncer de colo uterino), o percentual de mulheres com rastreamento realizado é de apenas 14%. O resultado não é diferente da média nacional quando avaliamos municípios individualmente.

Considerando os fatores de risco que mais contribuem para anos de vida perdidos por morte prematura e perda de saúde em todas as idades, sabemos que quase todos estão relacionados às DCNT, como o tabagismo, atividade física insuficiente e índice de massa corporal elevado, por exemplo. É preciso diagnosticarmos as razões pelas quais há um número tão limitado de indicadores de saúde voltados para acompanhamento de DCNT pactuados a nível federal, e porque alguns ainda apresentam resultados delicados, mesmo em cenários de APS implantada.

MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da Vigilância e informação em Saúde
MICRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Vinculação e responsabilização do cuidador

3- <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/>

A pergunta que fica é: os sistemas de informação disponíveis proporcionam os subsídios necessários para o acompanhamento e prevenção dos agravos? Por quais razões os indicadores de saúde reforçam que não acompanhamos efetivamente os problemas de saúde da população relacionados às doenças crônicas?

Muitos são os desafios da coleta, registro e sistematização de informações em saúde para a prevenção e o acompanhamento das DCNT. Embora, em tese, o prontuário eletrônico do SUS e seu Sistema de Informação oficial estejam aptos a fornecer as ferramentas necessárias para executar ações de saúde e o acompanhamento das Linhas de Cuidado, na prática, os profissionais acreditam que há lacunas impeditivas. Achados das entrevistas confirmam essa hipótese:



“A gente precisaria minimamente organizar a questão dos dados. Se uma pessoa ligar pra unidade e perguntar quantas pessoas com diabetes são assistidas alguns lugares não terão essa resposta.”

- Gestor(a)

CAUSA 5: A MAIORIA DOS USUÁRIOS QUE SOFREM DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO ESTÃO CADASTRADOS

O cadastramento em saúde é uma ferramenta essencial para se obter informações e também avaliá-las e monitorá-las. A partir do cadastramento se pode ter o controle do número de pessoas que há na área, verificar áreas de risco, quais pessoas necessitam de atenção especial e quais precisam de acompanhamento adequado (Almeida; Jesus; Souza, 2015).

! **MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS:** Organização da vigilância e informação em saúde

• **MICRO PROCESSOS ENVOLVIDOS:** Vinculação e responsabilização do cuidador

O principal motivo para priorizar o cadastro dos usuários é que, em uma análise situacional na base de dados do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), revelou-se que **o número de cadastros está abaixo do ideal no país**. Existem mais indivíduos atendidos na APS do que cadastrados.

Hoje são 87 milhões de cadastros, onde o ideal seria 150 milhões⁴.
(segundo estimativa da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde)

Isso significa dizer que ainda milhares de brasileiros não estão vinculados a uma equipe de saúde, ou seja, isso prejudica o planejamento e a execução das ações de saúde junto à população.

Esse cadastro é útil para se realizar um acompanhamento do paciente com DCNT. Já que, além de identificar o indivíduo, é possível dar uma continuidade na avaliação, seja de parâmetros como a pressão arterial (no caso de hipertensos), glicemia (em diabéticos) ou outros sintomas comuns às doenças crônicas. O que se observa na literatura, e que foi corroborado nas explorações deste estudo, é o enorme gargalo informacional sobre a população de determinadas microáreas: as unidades não conhecem, conhecem pouco ou não sabem gerir dados do seu território. É quase inexistente, também, um sistema eficiente que integre dados e forneça retratos situacionais dos pacientes, já que o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), do Ministério da Saúde, é subutilizado.

Ademais, as atividades de cadastro podem guiar estratificações de risco e necessidade de realização de exames de rotina. De acordo com a pesquisa sobre a importância dos Exames Laboratoriais

4 - <https://aps.saude.gov.br/noticia/5994>

2019⁵, lançada em maio de 2020, em 72% dos casos os pacientes só descobriram que sofriam de alguma doença crônica após surgirem os primeiros sintomas. O que significa que a maior parte da população brasileira não está realizando exames clínicos e laboratoriais básicos como forma de prevenção, mas sim de diagnóstico. Ainda de acordo com dados dessa pesquisa: i) 96% dos entrevistados consideram estes exames importantes para a prevenção de doenças crônicas; ii) 48% dos pacientes crônicos acham que deveriam ter feito exames com mais antecedência para prevenir a doença; iii) 40% dos pacientes crônicos acham que deveriam ter feito exames complementares para prevenir a doença; e iv) somente 17% dos pacientes acham que os médicos solicitam mais exames que o necessário.

Para fins de diagnóstico precoce, uma das estratégias possíveis são ações de rastreamento. Porém, antes de se fazer uma tentativa de rastreamento integrado e amplo, é importante avaliar se o sistema de saúde está preparado para oferecer tratamento adequado aos casos novos de crônicos. É fundamental que as intervenções preventivas recomendadas neste contexto de rastreamento integrado sejam direcionadas aos indivíduos de maior risco (Toscano, 2004) e que reconheçam as diversidades, as prioridades e necessidades locais e regionais.

CAUSA 6: A LENTIDÃO DO PROCESSO DE INFORMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

As dificuldades para garantir a informatização das Unidades de Saúde do Brasil tem sido uma pedra no sapato da gestão do SUS. Dados do Painel de Indicadores da APS informam que em dezembro de 2020, 24% de todas as Unidades de Saúde do Brasil ainda não tinham o prontuário eletrônico implantado. Analisando a informação por municípios, 11% do total não fazem uso de prontuários eletrônicos, e outros 25% possuem o mesmo “parcialmente implantado”.

MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da vigilância e da informação em saúde (disponibilizar ferramentas aos profissionais, conhecer e gerir políticas existentes)

A tabela a seguir mostra a situação de implantação do prontuário eletrônico nos municípios⁶:

Situação da Implantação	Municípios	%
Implantando PEC	2.309	41,45
Parcialmente implantado PEC	1.105	19,84
Implantado sistema próprio	911	16,36
Não implantado	625	11,22
Implantado PEC + sistema próprio	266	4,78
Parcialmente implantado PEC + sistema próprio	172	3,09
Parcialmente implantado o sistema próprio	153	2,75
Sem UBS em funcionamento	29	0,52
	5.570	100,00

Tabela 1 – Nível de implementação de prontuários eletrônicos nos municípios brasileiros (em dez./2020)

Na tabela, é possível observar que o uso de soluções privadas (sistemas próprios de prontuários eletrônicos) é comum, ainda que haja um prontuário desenvolvido pelo Ministério da Saúde, público e gratuito. De acordo com o Ministério da Saúde, em dezembro de 2020 os sistemas próprios representavam 27% das aplicações utilizadas em todas as Unidades de Saúde com Prontuário Implantado, enquanto outros 47% utilizavam o PEC, e aproximadamente 25% utilizavam o módulo CDS (Coleta de Dados Simplificada).

5 - Pesquisa na íntegra: http://www.sbpc.org.br/wp-content/uploads/2019/06/PesquisaLaboratorialSBPCML_2019.pdf

6 - Fonte: Painel de Indicadores de Desempenho da APS, 2021. Disponível em <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/situacao-geral>

O uso de soluções privadas foi mencionado por um(a) entrevistado(a) da pesquisa:



“Conheço os indicadores (...) mas não tenho acesso ao [nome do prontuário próprio utilizado] porque ele não cruza com o e-SUS. Não é possível ter acesso aos dados nem do [nome do prontuário próprio utilizado], ele não quantifica mapas e diagnósticos. Antes do sistema [nome do prontuário próprio utilizado] eu conseguia ter isso. Voltamos à tabulação manual para que os indicadores possam ser acompanhados por nós. Com isso, não dá pra saber como atingir as metas.” - Profissional da Assistência

Logo, é necessário considerar que essa parcela de Unidades de Saúde pode estar propensa a problemas com a transmissão de dados e informações de Saúde para o SISAB, sistema oficial de informações para a APS, que foi criado com o objetivo de ser um repositório do PEC e da CDS. Em termos práticos, o uso de soluções próprias pode estar exercendo influência no alcance dos indicadores de saúde das DCNT por eventuais problemas de transmissão, inconsistência e monitoramento de indicadores.

Não menos importante, aquelas unidades de saúde cujo prontuário eletrônico não está implantado, está em fase de implantação ou mesmo fazem uso de ficha da Coleta de Dados Simplificada, os problemas com relação ao registro e coleta são mais comuns. Nesses casos, a rotina de preenchimento de fichas à mão é cansativa, e além de tornar difícil a tarefa de codificar registros, está propensa a erros e problemas de legibilidade. Esses erros impactam posteriormente no processo de digitação dos dados no sistema de informação, que frequentemente são realizadas por profissionais administrativos, não habituados com linguagens médicas.

CAUSA 7: BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO POR PARTE DOS USUÁRIOS COM DCNT

Segundo a OMS (2013), a adesão ao tratamento é definida à medida com que o comportamento da pessoa corresponde às prescrições e recomendações recebidas dos profissionais de saúde, incluindo tomar medicações, seguir recomendações alimentares e/ou mudar o estilo de vida.

A despeito da importância de uma boa adesão, níveis baixos de seguimento do tratamento de doenças crônicas são um problema no Brasil e no mundo.

Estes representam um risco elevado à saúde, como o retorno de sintomas, aparecimento de complicações médicas e psicossociais, surgimento de resistência a medicamentos e redução na qualidade de vida. Nesse sentido, a compreensão da relação entre aspectos psicossociais e comportamentos de adesão a tratamentos de variadas doenças tem sido necessária para o aprimoramento de políticas públicas e para o planejamento de estratégias de intervenção multidisciplinares.

A baixa adesão limita o potencial de tratamentos eficazes para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos usuários. Ainda segundo o relatório da OMS, a adesão à terapia de longo prazo para doenças crônicas nos países desenvolvidos é, em média, de 50%. Nos países em desenvolvimento, as taxas são ainda mais baixas (Mendes, 2011).

MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da vigilância e da informação em saúde (disponibilizar ferramentas aos profissionais, conhecer e gerir políticas existentes)

Para a OMS, a adesão aos tratamentos é um modificador importante da eficácia do sistema de saúde.

Um estudo (Reiners et al., 2008) indicou que a perspectiva predominante das intervenções profissionais e das pesquisas sobre adesão e não adesão não contempla a subjetividade dos usuários, suas necessidades e dificuldades, enfatizando, exclusivamente, a precisão com que o paciente segue as recomendações médicas. Isto exclui e marginaliza comportamentos legítimos que diferem das prescrições.

Além do foco no paciente, outros fatores externos são apontados como fundamentais para garantir a aderência ao tratamento. Para o cuidado efetivo das condições crônicas, é necessário que a família e a comunidade tenham um papel ativo no processo. Segundo a OMS, há evidências substanciais de que o apoio dos pares entre os pacientes pode melhorar a adesão à terapia e, ao mesmo tempo, reduzir o tempo dedicado pelos profissionais de saúde ao cuidado de condições crônicas. Percebe-se também a necessidade da abordagem multidisciplinar para progredir nesta área, exigindo ações coordenadas de profissionais de saúde, pesquisadores, planejadores de saúde e formuladores de políticas.

Quem são e por que não aderem?

Ainda hoje, o papel e a atuação da equipe multiprofissional no contexto da educação em saúde continua sendo frequentemente desvinculada da escuta reflexiva e das demandas culturais e psicossociais. O profissional de saúde, também visto como educador em saúde, deve estabelecer, junto aos usuários dos serviços, possíveis estratégias de resolutividade, acompanhamento e compreensão do que acontece com o corpo e com a vida, irredutível ao corpo biológico (Brasil, 2007), mas sem deixar de considerar os aspectos culturais, sociais e econômicos das localidades, já que são variáveis que moldam o comportamento da população.

A pesquisa realizada para este diagnóstico adiciona ao debate que a questão da adesão é algo mais complexo, pois soma aspectos socioeconômicos – onde a baixa escolaridade e renda em regiões torna a conscientização sobre o tratamento um desafio –, culturais, e até mesmo a relação médico-paciente – todas essas dimensões precisam ser incluídas nessa equação. Na percepção dos profissionais entrevistados, um paciente com menor escolaridade e renda, que possua hábitos de vida muito ligados a questões culturais – como a ingestão de alimentos típicos da região que são pouco saudáveis, tabagismo e consumo de álcool – e a ausência de um médico sensível às suas demandas, tende a aderir menos ao tratamento, em especial se sofrer de alguma DCNT. Para esses pacientes, estratégias específicas de orientação precisam ser utilizadas para melhor entendimento dos regimes terapêuticos prescritos.

Em relação aos fatores demográficos, os mais jovens, homens e negros apresentam menor adesão ao tratamento. (Tavares et al., 2016)

Os residentes das regiões Nordeste e Centro-Oeste têm uma prevalência de baixa adesão ao tratamento maior que as demais regiões. (Tavares et al., 2016)

Ainda de acordo com os profissionais, a pandemia da COVID-19 também se mostrou uma enorme barreira na condução dos grupos de tabagismo e promoção de vida saudável, descontinuando ações e afastando os pacientes das unidades de saúde. Para isso, formas alternativas de comunicação via aplicativos de *smartphone* foram desenvolvidas entre usuários e profissionais com o objetivo de manter um acompanhamento remoto dos tratamentos, ponto que tem sido visto como positivo para otimizar o contato com os usuários até mesmo no pós-pandemia.

Para além do que já foi discutido, é fato que o paciente crônico se encontra geralmente em uma posição bastante crítica, considerando-se a natureza contínua do tratamento e os sacrifícios associados a esta condição. Nesse caso, geralmente é necessário que o usuário aprenda a incorporar o tratamento no seu cotidiano. Portanto, é essencial que respondamos à pergunta: uma vez que a adesão é fundamental para um tratamento bem sucedido, quais fatores devem ser levados em conta para que o paciente se torne aderente à intervenção terapêutica?

Chegamos a alguns aspectos essenciais, sendo eles: i) clareza do papel do paciente no tratamento; ii) capacidade de cumprir o tratamento; e iii) motivação para cumprir o tratamento. Somam-se a isso iv) resultados percebidos pelo paciente; e a v) satisfação do paciente com o programa de gerenciamento de doenças (Succar, 2016).

No estudo de Succar (2016), maiores níveis de adesão foram seguidos de melhores resultados percebidos e, estes, de mais satisfação com o programa de gerenciamento de doenças que, por sua vez, aumentava os níveis de adesão. Essa conclusão reforça ainda mais a importância da busca pela adesão dos pacientes ao tratamento, adaptando estratégias para as distintas realidades e particularidades dos territórios e garantindo a integração médica. A baixa adesão ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas no Brasil é relevante e as diferenças regionais, demográficas e aquelas relacionadas à atenção à saúde do paciente e ao regime terapêutico requerem ações coordenadas entre os responsáveis pelo processo do cuidado (Tavares et al., 2016).

Enfermeiras como líderes no tratamento dos crônicos:

Em muitas partes do mundo e no Brasil, o modelo de cuidado aos crônicos gira em torno dos médicos. Ainda assim, a literatura da área de saúde e o contato com múltiplas equipes de saúde para esta pesquisa indicam que os enfermeiros – mais especificamente as enfermeiras que representam 84,6% da classe no Brasil –, e não os médicos, são a chave para implementar o modelo de cuidado crônico em uma equipe de assistência centrada no paciente. E isto não é mera percepção.

Como já discutimos, os dois maiores desafios nas doenças crônicas são a prevenção da doença em primeiro lugar e o gerenciamento eficaz da condição quando ela surge. Ambos são desafios de longo prazo que são melhor enfrentados por meio de um relacionamento eficaz e contínuo entre o profissional de saúde e o paciente, com base no respeito mútuo, na confiança e nas intervenções apropriadas. O ambiente de atenção primária é onde essa relação de longo prazo é mais frequentemente estabelecida e onde ocorrem as intervenções.

Como membros de equipes multidisciplinares integradas, as enfermeiras têm papéis importantes a desempenhar na prevenção e gestão de doenças crônicas:

- As enfermeiras são geralmente o primeiro - e mais consistente - ponto de contato para os pacientes.
- As enfermeiras geralmente estão na melhor posição para reunir informações sobre a família do paciente, bem como fatores sociais, culturais e econômicos que podem ser importantes para o desenvolvimento de uma intervenção.
- Frequentemente, as enfermeiras estão em condições de usar suas habilidades na educação em saúde, ajudando os pacientes a desenvolver estratégias de prevenção e manejo adequadas à sua situação pessoal e familiar e que façam o melhor uso dos recursos da comunidade.
- As enfermeiras são qualificadas em avaliação, cuidados contínuos, educação e suporte familiar.
- As enfermeiras desempenham um papel importante na defesa de e com as pessoas que vivem com doenças crônicas.

Box 8 – O papel das enfermeiras na gestão do cuidado dos usuários que tem DCNT

Várias outras pesquisas reforçam a ideia de enfermeiras como personagens centrais no tratamento dos pacientes crônicos. Em um estudo realizado nos Estados Unidos, encomendado pela Kaiser Permanente sobre visitas domiciliares feitas por grupos de enfermeiros, foi observado que as pessoas com diabetes que recebiam essas visitas de enfermeiras tiveram níveis de hemoglobina glicada significativamente mais baixos e menor uso de hospitais do que os grupos controles do estudo (Sadur et al., 1999). Em outra análise, os pacientes atendidos em uma clínica de diabetes com uma enfermeira, em comparação com aqueles recebendo os cuidados habituais, tiveram mortalidade e incidência de eventos clínicos adversos

(infarto do miocárdio, angina, procedimentos de revascularização, doença renal em estágio terminal) mais baixas, após um acompanhamento médio de sete anos (So, 2013).

Muitos dos resultados positivos observados nas visitas de cuidado planejadas com enfermeiras podem ser devido a uma melhor comunicação entre a enfermeira e o paciente.

Em um ensaio clínico randomizado e controlado de pessoas com diabetes, a análise das discussões gravadas mostrou que as enfermeiras cobriram mais tópicos nas consultas e mencionaram com mais frequência dieta, uso de álcool, fumo e peso do que os médicos. Os pacientes eram mais propensos a assumir a liderança na discussão da mudança de comportamento com enfermeiras do que com médicos (Heisler, 2012).

Em grupos focais, os pacientes preferiam cuidados compartilhados por enfermeiros para controlar o diabetes em vez de cuidados conduzidos por médicos em uma proporção de quase 6 para 1 (Eijkelberg et al., 2002).

Box 9 – Evidência mostra a importância da Enfermagem na provisão de um cuidado mais adequado aos usuários com DCNT

A realização de uma prática acolhedora, integral e que considera os determinantes sociais da saúde, como o acesso aos serviços de saúde, a educação em saúde, a ampliação da clínica, e o trabalho inter e multidisciplinar é o que torna o trabalho dessas profissionais ainda mais essencial. Pela natureza de sua formação e função, as enfermeiras estão em posição de defender a transformação do cuidado crônico (Bodenheimer et al., 2019). E este é um papel que já vem sendo desempenhado há décadas. Essas discussões apenas confirmam o que já se observa no cotidiano das unidades de saúde no Brasil: as enfermeiras são o coração do sistema, podendo liderar processos complexos se houver protocolos de gerenciamento detalhados disponíveis e se receberem treinamento adequado.

4. AS SOLUÇÕES

Se por um lado a prevalência de doenças crônicas é uma consequência do envelhecimento populacional e, portanto, indicam um sucesso dos sistemas de saúde, por outro elas representam um grande problema, já que demandam tratamentos complexos e serviços mais caros. Logo, é importante que gestores, tomadores de decisão e formuladores de políticas se debruçam cada vez mais sobre as inovações e megatendências no cuidado aos pacientes crônicos. Nesta seção discutiremos intervenções inovadoras no manejo das doenças crônicas não transmissíveis.

REDUZINDO GARGALOS DE ACESSO QUE IMPEDEM QUE USUÁRIAS E USUÁRIOS REALIZEM RASTREIO E TRATAMENTO DE DCNT

Para que as Linhas de Cuidado funcionem bem, há um desafio anterior a endereçar: garantir que haja acesso a equipamentos e serviços de saúde. Sendo assim, dois aspectos merecem especial atenção de gestoras e gestores. O primeiro é garantir que áreas de vazio sanitário sejam cobertas com a criação de novos equipamentos; o segundo é minimizar e, idealmente, eliminar as barreiras de acesso aos serviços já existentes.

MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da rede de serviços; Importância das ações intersectoriais (conhecer políticas existentes e seus gargalos de implementação)

Aumentando a cobertura da APS

Sabemos relativamente pouco sobre o impacto da maioria das intervenções em saúde, porém, sabemos com muita segurança que a ampliação da APS é uma intervenção eficaz e custo-efetiva para melhorar indicadores de saúde da população. Embora requeira mais investimentos, é um dever dos gestores trabalhar na expansão desse nível de cuidado.

Para ampliar a cobertura de modo eficiente, alguns passos devem ser seguidos, quais sejam: 1) mapear a mancha de cobertura e identificar os vazios sanitários; 2) identificar áreas de mais alta vulnerabilidade; 3) realizar o planejamento da expansão com base nos passos anteriores; 4) implantar estruturas físicas; e, por fim, 5) recrutar e selecionar equipes de Saúde da Família.

Com a ampliação da cobertura, espera-se a solução de velhos problemas do sistema de saúde brasileiro, entre eles o fato de as doenças crônicas serem a principal causa de morte na faixa etária acima de 40 anos (desconsiderando a COVID-19). Para detalhes de como superar os desafios políticos e administrativos de implementação, visite saudenacidade.org.

A experiência do Rio de Janeiro/RJ

Em 2008/2009, a cobertura de Saúde da Família no Rio de Janeiro correspondia a cerca de 3,5% do território. A partir de 2009, iniciou-se a implantação da reforma da Atenção Básica na cidade, que compreendeu uma expansão dos serviços, de forma planejada, iniciando pelas áreas de vazio sanitário mais carentes.

A reforma da Atenção Básica no Rio de Janeiro contemplou:

- a. Construção de Unidades Básicas de Saúde, denominadas “Clínicas da Família”;
- b. Reforma das UBS antigas para comportar a nova dinâmica de atendimento desenhada;

- c. Recrutamento e seleção de gestores para os territórios, denominadas APs – Áreas Programáticas (10 em toda a cidade);
- d. Implantação de sistemas de informação nas unidades, compreendendo prontuários eletrônicos com interligação com a sede da SMS;
- e. Definição de carteira de serviços de Atenção Básica, uniformizando os procedimentos de ações de saúde para todas as unidades, compreendendo a elaboração de protocolos clínicos próprios baseados em evidência com observação da realidade local e lista de medicamentos (REMUME);
- f. Ampliação da residência em saúde da família, chegando a 200 vagas anuais, de modo a formar mão de obra especializada para a rede.

A parceria com Organizações Sociais viabilizou a expansão no período compreendido entre 2009/2016, pela agilidade e flexibilidade inerentes ao modelo, que permite a contratação e substituição de pessoal com mais rapidez, definição de plano de carreira, cargos e salários com padrões de mercado e variável relacionada a incentivos financeiros e não financeiros. Ao final do ano de 2016, chegou-se a cerca de 70% de cobertura de Atenção Básica na cidade (experiência extraída da Agenda Saúde na Cidade).

Reduzindo as barreiras de acesso em serviços já existentes

Ao longo deste documento, algumas barreiras de acesso foram enfatizadas, como os horários de atendimento, meios de comunicação entre unidades e usuários e o relacionamento com profissionais de saúde ao longo do itinerário terapêutico. Há, portanto, um caráter relacional e estrutural das barreiras de acesso. As experiências abaixo relatam soluções para essas questões:

A experiência de Doresópolis/MG

O município de Doresópolis, interior de Minas Gerais, estendeu o horário de atendimento em sua Unidade Básica até as 21h na maioria dos dias da semana, como estratégia de ampliação do acesso. Tanto equipes mínimas de Saúde da Família quanto profissionais do NASF-AB e a farmácia da unidade foram incluídos no novo esquema. A prefeitura, com isso, conseguiu aumentar o engajamento em grupos operatórios realizados na unidade, que tiveram um aumento do número de participantes, além de aumentar, também, as consultas em saúde bucal e engajamento com uma escola contemplada pelo PSE, que funcionava em horário noturno. Um outro ponto forte dessa iniciativa é sua possibilidade de continuidade – de acordo com os gestores que a implementaram – por meio de incentivo do Programa Saúde na Hora, do Ministério da Saúde.

A experiência de Porto Velho/RO

O rastreamento de algumas condições é desafiador e depende muito da capacidade proativa do sistema de saúde. Essa característica é comum tanto às condições crônicas quanto às IST, por exemplo. A Prefeitura de Porto Velho implementou um conjunto de ações de rastreamento para ampliar o acesso ao tratamento e diagnóstico das IST, incluindo visitas de fim de semana, abordagem em locais públicos no turno da noite, dentre outras. Nesses contatos, eram oferecidos testes, aconselhamento e atividades de Educação em Saúde e também consultas in loco, ampliando o acesso da população aos serviços e procedimentos de saúde. Essa experiência serve como um exemplo de como pode ser feito o rastreio de usuários que não costumam estar fisicamente presentes nas unidades, seja por questão de disponibilidade de horários, distância ou outros motivos.

Pudemos notar, nessa seção, que prefeituras devem implementar desde ações de reorganização dos processos de trabalho, que não impõem aumento de investimento monetário, até a expansão planejada da APS para garantir que os cidadãos consigam acessar serviços cruciais para o cuidado de condições de longo prazo. A seção também traz a importância de pensar nas potenciais barreiras de acesso em serviços que já existem.

GARANTINDO PROVISÃO DE PROFISSIONAIS E TREINAMENTO PARA A ATUAÇÃO EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NO SUS

Dados da literatura identificam que os principais motivos de desinteresse pela especialização nas áreas de Saúde da Família e APS estão relacionados à baixa remuneração, desmotivação ou frustração durante o período de estágio de graduação na área, bem como a ideia de que a área de atuação é de “menor prestígio” para estudantes motivados. Ou seja, existe a percepção equivocada de que o perfil tecnológico e científico de outras especialidades é superior ao da APS (Rodrigues et al., 2017). Influenciam nesse processo o modelo médico-hegemônico e a ênfase no biologismo, que enaltece o acompanhamento das doenças isoladas ao invés das pessoas/sujeitos.

MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da vigilância e da informação em saúde

- (disponibilizar ferramentas aos profissionais) e conhecer grupos prioritários e protocolos

Nesse sentido, é importante adotar diretrizes e políticas de valorização e fortalecimento da Atenção Primária em seus sistemas de saúde, que, de acordo com as Estatísticas da OCDE (2011), são responsáveis pelo aumento proporcional de 40% na captação de médicos em países tais como Austrália, França e Canadá.

Outra recomendação estratégica de especialistas (gestores em saúde e pesquisadores) considerada como aplicável na prática é planejar a oferta de recursos humanos e elaborar um plano de formação profissional com ênfase em especificidades de Atenção Primária, como por exemplo a captação de médicos de família e comunidade, enfermeiros de família e comunidade (Tasca et al., 2020) e profissionais do quadro de apoio (multiprofissionais) com especialização e/ou residência em saúde da família.

Barrêto et al. (2019) sustenta que, em paralelo à implantação de um programa de residência, frequentemente ocorre a qualificação das relações institucionais exemplificadas pela criação de colegiados gestores, pelo aumento da resolutividade e ampliação do escopo de práticas na APS, e até mesmo pela necessidade de contratação de profissionais para atuar como preceptores.

Em 2020, o Ministério da Saúde lançou edital para estudantes de medicina, enfermagem, fisioterapia e farmácia para atuarem no enfrentamento ao coronavírus no país. Por meio da ação “O Brasil conta comigo”, alunos matriculados em instituições de ensino superior, públicas e privadas, que integram o sistema federal de ensino, cursando o 5º e 6º ano de Medicina, além de alunos do último ano dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Farmácia tinham direito a uma bonificação, que inclui o recebimento de uma bolsa, enquanto durasse a medida, de acordo com a carga horária do estágio supervisionado – de 40h no valor de um ou meio salário mínimo. Os estudantes ainda recebem 10% de pontuação no ingresso em programas de residência do Ministério da Saúde, no prazo de dois anos, além de certificado de participação. O Banco do Brasil apoiou a iniciativa do Ministério da Saúde, disponibilizando solução 100% digital para o pagamento das bolsas dos estudantes. Além da supervisão de profissionais de saúde em suas respectivas áreas, os alunos fazem parte de um cadastro de vinculação sem caráter de compromisso para serem contactados para um futuro recrutamento, quando estiverem formados.

Essa experiência evidencia que o provimento de profissionais necessita ser articulado considerando tanto rede de formação curricular quanto a rede de assistência em saúde pautada nas necessidades

da população. Ainda, coloca o fomento à preceptoria e a complementação de bolsas de estudo como dispositivos importantes de fixação dos profissionais após conclusão de cursos de residência.

Além de garantir estratégias para captar e manter profissionais vinculados à APS, é necessário nos voltarmos ainda para a ampliação da atuação das categorias profissionais que podem estar vinculadas às equipes de APS, independentemente do arranjo de implantação preconizado, garantindo o acesso e o uso de protocolos assistenciais, treinamento e matriciamento para atuação na APS e na promoção do cuidado compartilhado. Esses arranjos devem ter como objetivo primordial o apoio às equipes de saúde da família e a atuação pautada no trabalho em equipe, com a perspectiva de criação de vínculos e no auxílio à mudança de práticas.

Um estudo que entrevistou profissionais de cinco Unidades de Saúde de Londrina que contavam com a inserção de residentes multiprofissionais em saúde da família evidenciou que a percepção dos trabalhadores em relação às mudanças no processo de trabalho após a inserção dos residentes contribuíram com o avanço do trabalho em equipe, com o estreitamento da relação entre teoria e prática dos serviços para o fortalecimento de ações de saúde de acordo com a integralidade e no estabelecimento da Estratégia Saúde da Família como dispositivo de mudança no modelo de assistência à saúde, além de formar profissionais capacitados para atuar no contexto da Atenção Primária em Saúde (Domingos et al., 2015).

Ainda, há evidências (Volponi et al., 2015) de que a presença de profissionais de diferentes áreas de atuação influencia na melhoria da qualidade dos serviços pela continuidade do acompanhamento dos usuários de forma integral. Com o apoio de uma equipe multiprofissional, a necessidade de referência/encaminhamento para outros serviços da rede é reduzida, ou seja, poupa-se da inclusão do usuário em uma lista de espera para continuidade do tratamento, o que resolve insuficiências de oferta do cuidado. Usuários hipertensos e diabéticos que utilizam a APS foram entrevistados em uma pesquisa (Almeida et al. 2014), sobre práticas de educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. Nela, observou-se que os mesmos possuem concepções construídas a partir de suas próprias experiências e condições de vida, e nesse sentido, a proposição de novas ideias necessita respeitar a autonomia e as diferenças, além de considerar os aspectos individuais, premissa aplicada nos processos formativos de equipes multiprofissionais para Atenção Primária.

A ampliação do olhar para produzir cuidado e o aumento do cardápio de ações oferecidas na APS em relação ao desenvolvimento do apoio matricial e da ampliação das ações de prevenção e promoção, desse modo, acarreta em impactos positivos no acompanhamento das doenças crônicas e na qualidade de vida da população assistida.

A experiência do estado da Paraíba/PB

A título de exemplo, podemos citar o caso da Paraíba. Entre os anos de 2012 e 2017 as unidades de saúde mais bem avaliadas do Estado eram as que dispunham de integração ensino-serviço, em decorrência da inevitável qualificação dos cenários de prática dos cursos. Com o olhar voltado para essa qualificação, um curso de medicina do sertão paraibano criou uma residência com 36 vagas/ano confiando na premissa de que para ter um curso qualificado seria necessário qualificar a rede prestadora de serviços (Barrêto et al., 2019).

CRIANDO INTEGRAÇÃO ENTRE OS DIVERSOS NÍVEIS DO SISTEMA DE SAÚDE

Conforme vimos anteriormente, a fragmentação da atenção à saúde atinge um dos cerne das linhas de cuidado: a integralidade. É preciso que serviços de saúde de diferentes complexidades atuem de forma coordenada e sinérgica para que cada usuária e usuário do SUS tenha o tratamento de que necessita, em tempo oportuno.

MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da rede de serviços
MICRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Atuação da equipe na coordenação do cuidado

A equação para a solução desse desafio não é trivial, contudo. De acordo com Ahgren (2005), uma boa integração entre serviços passa por fatores estruturais e comportamentais e pode variar desde conexões fracas (induzidas pelo mero compartilhamento de informação), até a integração completa (onde se compartilham recursos, protocolos e há lideranças de integração).

Ademais, há alguns fatores que aumentam a chance de sucesso das intervenções para aumentar a integração entre serviços de saúde (Damery et al., 2016), a saber:

- 1) Serem delineadas em função de condições ou necessidades específicas (por exemplo: uma intervenção pensada para uma doença crônica específica tem mais chance de dar certo do que algo amplo, que envolva todo o sistema de saúde local, regional ou nacionalmente);
- 2) Serem realizadas etapas de preparação e engajamento de líderes, profissionais e usuários;
- 3) Envolvimento de times multidisciplinares;
- 4) Compartilhamento de informações – clínicas ou não – entre os serviços;
- 5) Envolvimento de metas e incentivos compartilhados entre serviços, privilegiando resultados em saúde.

Por se tratarem de intervenções complexas, não existem muitas experiências brasileiras ou internacionais que contemplem todos os itens acima – e talvez isso não seja necessário. Há iniciativas escaláveis que caminham na direção correta, de acordo com o exposto até aqui. Conheça algumas delas:

A experiência de Arapiraca/AL

O município de Arapiraca entendeu que, para superar a fragmentação do cuidado, preparar as lideranças seria fundamental – o que encontra eco na evidência trazida anteriormente. Com base nisso, criou um programa de formação para lideranças, trazendo importantes habilidades para a condução da integração do cuidado (chamadas habilidades integrativas), em toda sua complexidade. Exemplos dessas habilidades são a mediação de conflitos e a comunicação efetiva, por exemplo. Além disso, o programa tinha um tom prático, tendo como requisito final um projeto de intervenção para as Unidades de Saúde, de acordo com problemas diagnosticados.

A experiência de Parauapebas/PA

A prefeitura de Parauapebas entendeu a experiência vivida dos profissionais e gestores de unidades de saúde como parte fundamental da melhoria da coordenação e integração do cuidado. No projeto denominado “Giro no SUS”, equipes transitavam entre equipamentos, conhecendo não apenas a rotina de trabalho de seus pares em outros níveis de atenção, mas entendendo, na prática, os fluxos assistenciais e o caminho dos usuários. A Secretaria de Saúde local avaliou muito positivamente a intervenção, que não só melhorou a adequação e seguimento dos fluxos assistenciais, mas também teve o efeito de reduzir encaminhamentos desnecessários entre serviços.

A experiência de Blumenau/SC

A gestão municipal de Blumenau desenvolveu um sistema de supervisão nas suas 7 regiões sanitárias. O papel dos supervisores está em constante evolução, e os mesmos já conseguem trabalhar problemas complexos no nível de indicadores e fazem intervenções pontuais em problemas gerenciais. Esse processo tem sido importante na comunicação usuário-ponta e nas questões de fila de espera, uma vez que a orientação desses profissionais evita encaminhamentos desnecessários para unidades e outros níveis do serviço de saúde local. Segundo o diretor de Atenção Primária à Saúde do município, o desafio atual é dar autonomia a esses supervisores e garantir que eles estejam cada vez mais integrados com as demais instâncias da atenção primária e com os territórios.

AMPLIANDO E MELHORANDO O ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS

A ausência de linhas de cuidado estruturadas mostram os desafios do acompanhamento dos usuários com DCNT. A longitudinalidade do cuidado prevê um cuidado continuado, de maneira que fortaleça a relação pessoal entre profissionais de saúde e usuários a longo prazo. Vale ressaltar que atuar desta forma é o que caracteriza o trabalho na APS.

! MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da vigilância e informação em saúde
• MICRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Vinculação e responsabilização do cuidador

Acompanhar um usuário com DCNT quer dizer dar a ele a referência de um lugar de cuidado para curto, médio e longo prazos, entendendo que a APS deverá ser a porta de entrada para o sistema de saúde. Dar conta de todo esse processo não é tarefa simples, mas podemos nos inspirar na experiência de municípios brasileiros descritas a seguir:

A experiência de Guajeru/BA

O Projeto Vigilantes do Peso do município baiano de Guajeru tinha como objetivo principal reduzir riscos de doenças cardiovasculares, a principal causa de óbito da cidade desde 2014. Para mudar este cenário a Secretaria Municipal de Saúde criou o projeto Vigilantes do Peso, com o intuito de diagnosticar precocemente e acompanhar os usuários com hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade. Entre as ações desenvolvidas estavam a conscientização dos usuários sobre a prevenção e o controle dessas doenças e a orientação sobre a importância de manter hábitos saudáveis. As Unidades de Saúde realizaram o primeiro encontro e os demais ocorreram mensalmente, acompanhados por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta. Foram realizadas atividades de orientação, atendimento individual, alongamento, atividades físicas, avaliação nutricional e antropométrica, verificação de pressão arterial e glicemia. Ao final da primeira etapa os usuários hipertensos e diabéticos apresentaram controle da pressão arterial e da glicemia, melhoraram a adesão ao tratamento, reduziram as medidas antropométricas e melhoraram os hábitos de vida.

A experiência de Lagoa do Piauí/PI

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) em parceria com as equipes de Saúde da Família do município criou o Grupo Mais Saúde para acompanhar usuários hipertensos, diabéticos, obesos e pessoas com transtornos de humor e transtornos de ansiedade. Os profissionais promoveram ações de promoção da saúde, investindo em informações que incentivassem a mudança de hábitos e comportamentos, através da atividade física e melhora da qualidade de vida. Os usuários praticavam exercícios físicos duas vezes por semana e mensalmente participavam de palestras e rodas de conversas sobre saúde. Antes do início dos encontros, era realizada a aferição nível de glicose, pressão arterial e avaliação antropométrica. Vale lembrar que antes de iniciar a prática de exercícios físicos, os usuários eram previamente avaliados por um médico e realizavam exames para avaliação do estado de saúde. Como resultado do trabalho, os usuários relataram mudanças positivas no humor, no aumento da resistência e na disposição para realizar atividades do cotidiano.

AMPLIANDO O CADASTRO DE USUÁRIOS QUE SOFREM COM DOENÇAS CRÔNICAS

O cadastro é o registro do usuário no SUS. A PNAB (2012) traz orientações claras sobre o cadastrar usuários, ação fundamental do trabalho das equipes, adscrever usuários é reconhecer a população do território da unidade e a partir disso ter informações que vão contribuir o planejamento das equipes na oferta de serviços.

MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da vigilância e informação em saúde

- **MICRO PROCESSOS ENVOLVIDOS:** Vinculação e responsabilização do cuidador

Sendo a UBS a porta de entrada esperada para usuários crônicos, é a partir de um cadastramento adequado que a longitudinalidade está no caminho de acontecer. Se o cadastro não acontece, há uma falha no processo de prevenção já que esse usuário vai chegar à unidade para ter um diagnóstico. Superar este desafio não é uma tarefa fácil num cenário de equipes reduzidas, territórios que não tem 100% de cobertura e agentes comunitários de saúde como profissionais facultativos. A seguir uma experiência exitosa sobre cadastro de usuários:

A experiência de Crato/CE

Com intuito de qualificar e ampliar o acesso da população aos serviços da Atenção Primária, os profissionais que integram a equipe Alcides Peixoto, no município de Crato, definiram estratégias para trazer a população para o serviço de saúde. O trabalho foi feito com apoio de parceiros como lideranças comunitárias, associações, escolas e outros colaboradores. A equipe desenvolveu um planejamento estratégico situacional para potencializar os resultados de algumas ações prioritárias, como: cadastramento de usuários para implementar o e-SUS AB, rastreamento de câncer mamário e cérvico-uterino e incentivo à adesão de homens ao exame de toque retal. O resultado dessas ações foi o aumento do número de pessoas cadastradas de 368 para 1.704, aumento de mulheres na busca de exames preventivos e procura expressiva de homens por consultas, exames e rodas de conversa. A experiência reforçou o vínculo entre usuários e equipe, além de engajar a comunidade nas ações propostas.

ACELERANDO O PROCESSO DE INFORMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

A informatização da Atenção Primária à Saúde tem se configurado em vários países como uma importante estratégia para automatização de processos e qualificação da gestão da informação. Estudos no âmbito nacional

e internacional demonstram que a implantação bem-sucedida de tecnologias da informação na APS fortalece o processo de trabalho e as práticas de cuidado, bem como a construção de linhas de cuidado bem estruturadas. Também, aperfeiçoa a dispensação de medicamentos, a continuidade dos cuidados, a busca de informações e contribui para a segurança do paciente. Além disso, a informatização está relacionada à maior eficiência na recuperação dos registros clínicos e ao armazenamento de informações sobre as famílias e comunidades. Por isso, uma APS resolutiva passa, necessariamente, pela utilização e aceitação destas tecnologias.

MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da vigilância e da informação em saúde (disponibilizar ferramentas aos profissionais, conhecer e gerir políticas existentes)

Porém, é possível enxergar um grande desafio nessa questão por haver fragilidades relacionadas à infraestrutura tecnológica, ao financiamento, à qualificação profissional e à organização de processos no contexto do Sistema Único de Saúde.

Pensando nisso, o Ministério da Saúde instituiu em 2013 a estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), na intenção de informatizar a Atenção Básica à Saúde (ABS) em todo território nacional, a partir de dois sistemas de software, a Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), além de toda infraestrutura tecnológica necessária: computadores em todos os pontos de cuidado, acesso qualificado à internet de banda larga, dispositivos móveis para cadastramento, entre outros. Essa estratégia representa possibilidades de avanços e qualificação no uso da informação. Entretanto, seu sucesso não depende apenas de suas características técnicas, mas da aceitação entre os diversos atores envolvidos e suas mobilizações, entre eles, gestores da alta e média gestão e profissionais de saúde.

Para que isso possa ter algum efeito positivo para a população, a gestão municipal precisa estar atenta a alguns pontos. De antemão, deve estar ciente dos benefícios que a informatização de processos pode trazer na sua gestão em saúde. Em seguida, precisa se informar sobre as oportunidades de financiamento oriundas do Governo Federal (como o Informatiza APS). Por fim, é indispensável que promova o diálogo com seus gestores da alta e média gestão e profissionais da ponta para que toda alteração na organização do trabalho e a gestão do cuidado seja feita de maneira plural, afinal, são eles que terão suas rotinas alteradas.

A experiência de Osório/RS

Um exemplo de sucesso na implementação da informatização da APS pode ser visto na cidade de Osório, no Rio Grande do Sul. Entre os benefícios, houve a integração entre as unidades da rede com os programas do Ministério da Saúde, aumento da qualidade e eficiência no serviço prestado à população, organização da logística do transporte sanitário, gestão de prontuários eletrônicos, controle dos processos de vigilância sanitária, a segurança das informações, análise de dados para elaboração de relatórios estatísticos e redução em 20% dos custos com medicamentos com o controle do estoque. Além disso, observou-se maior agilidade nos atendimentos, agendamentos de consultas, exames e demais procedimentos.

A informatização também permitiu a integração das informações da rede de unidades de saúde do município, bem como o acesso aos dados necessários para um acompanhamento através do Prontuário Eletrônico dos cidadãos. Esse prontuário abriga também informações coletadas pelos agentes comunitários de saúde, que receberam tablets para inserção de informações online, que posteriormente seguem para uma única base de dados. Dessa forma, os médicos podem visualizar todo o

histórico do paciente e saber a condição geral de saúde do usuário, em especial os portadores de doenças crônicas. A comunicação com a população foi facilitada com o envio de mensagens para celular com 24 horas de antecedência para aviso de consultas, exames, vacinas e marcações, não sendo necessário o deslocamento até a secretaria da Saúde, que administra a realização de 12 mil consultas e exames mensalmente.

AUMENTANDO A ADEÇÃO AO TRATAMENTO POR PARTE DOS USUÁRIOS COM DCNT

Para esta causa, antes de tudo, é necessário partir da necessidade de derrubar barreiras de acesso preponderantes nos serviços de saúde, como mencionado acima. Para além, é necessário ampliar as formas tradicionais de acesso, seja por meio do atendimento presencial com horário estendido, seja na incorporação de outras ferramentas que facilitem a comunicação não presencial, como o uso de aplicativos, WhatsApp, e-mail e outros.

MACRO PROCESSOS ENVOLVIDOS: Organização da vigilância e da informação em saúde (disponibilizar ferramentas aos profissionais, conhecer e gerir políticas existentes)

A experiência de Primavera do Leste/MT

A rede de saúde do município criou uma Central telefônica para transmitir informações aos usuários, evitando deslocamentos desnecessários às unidades de saúde no cenário de pandemia, em 2020. Para isso, inicialmente foi utilizado o número 0800 da Ouvidoria Municipal e outros dois números de celular para atender via WhatsApp. Compuseram a equipe de teleatendimento servidores do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), do Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formada por dois enfermeiros, uma fisioterapeuta e um médico. O papel da Central era orientar, monitorar e investigar os casos suspeitos de COVID-19, como também encaminhar os usuários aos serviços em funcionamento. O serviço foi capaz de atender, inclusive, usuários da rede privada e pessoas que vivem em zonas rurais, distantes das Unidades Básicas de Saúde.

Outra alternativa para ampliar o acesso, manter ou retomar o atendimento, principalmente, o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, por profissionais que atuam na APS, o Ministério da Saúde desenvolveu o Consultório Virtual de Saúde da Família em parceria com o Hospital Albert Einstein. Nela, os profissionais podem atender os usuários que já são acompanhados na unidade de saúde, assim como responder às demandas espontâneas de maneira mais segura.

A experiência de Registro/SP

Estima-se que 12 a 20% das mulheres-alvo nunca realizaram a coleta de exame citopatológico, por razões que levam a baixa cobertura no rastreamento do câncer de colo uterino como a dificuldade de acesso, acolhimento, e rigidez nas agendas das equipes que não tem flexibilidade de horário. Registro apresentou um plano de ação preventivo através do mutirão do Papanicolau que alcançasse as trabalhadoras e mulheres que não conseguem realizar a coleta. Do total das mulheres do município, 77% tinham trabalho formal com registro, 20% informal/autônomas trabalhavam por diária e 3% eram trabalhadoras do lar.

Os ACS, então, realizaram um levantamento prévio das mulheres que não coletavam o exame há mais de dois anos ou referiam trabalhar nos dias em que são agendados os exames, e identificaram a necessidade de realização de um mutirão em fins de semana. Estipuladas as datas, foi aberta a agenda para dois sábados e, após divulgação, em menos de 15 dias foram preenchidas todas as vagas. Como recomendação, foi descrita a necessidade de inserir no calendário municipal, pelo menos uma vez a cada trimestre, o mutirão de Papanicolau em datas distintas do mês que possam atingir um número maior de mulheres, a fim de ampliar o rastreamento e prevenção das do câncer de colo de útero.

A experiência de São José da Tapera/AL

A rede escolar (com mais de 10 mil alunos e grande maioria já avaliada pelo Programa Saúde na Escola – PSE), observou aumento no número de estudantes com sobrepeso e obesos. A Secretaria Municipal de Saúde de São José da Tapera então decidiu criar estratégias de prevenção e promoção da saúde nas escolas, articulando setores da saúde e da educação. O projeto visou inserir nas unidades escolares um novo campo de ação pedagógica, promovendo o estímulo à alimentação saudável e o combate ao sedentarismo, com a prática regular de atividades físicas. As etapas do projeto foram: formação dos professores de educação física, contextualização com os alunos, produções de trabalhos individuais e coletivos dos alunos, e encerramento com apresentações dos mesmos para a comunidade escolar. As participações envolveram atividades como cozinha experimental, rodas de conversa, exibições teatrais, apresentação de vídeos etc. A Secretaria de Saúde informou a adesão de 100% das escolas públicas municipais na iniciativa, envolvendo aproximadamente 8.244 alunos na discussão sobre hábitos saudáveis.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahgren, B., Axelsson, R. 'Evaluating integrated health care: a model for measurement'. *International journal of integrated care*, 5, p. e01-e09, 2005.
- Almeida, E. D. et al. 'A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos'. *Saúde debate* [online]. v. 38, n. 101, p. 328-337, 2014.
- Almeida, J. I. B. et al. 'Atualização, acompanhamento e cadastro de hipertensos e diabéticos, um relato de experiência'. *Revista de Enfermagem Ufpe On Line*, Recife, v. 6, n. 9, p. 8735-8740, 2015.
- Atun, R. A. What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services?. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network, 2004. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>
- Barreto, D. S. et al. 'Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica'. *Interface*. v. 23, suppl. 1, 2019.
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H. and Grumbach, K. (2019) Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. The Chronic Care Model. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1775-1779. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>.
- Bousquat, A. et al. 'Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários'. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), p. 1141-1154, 2017.
- Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2007.
- Damery, S. et al. 'Does integrated care reduce hospital activity for patients with chronic diseases? An umbrella review of systematic reviews'. *British Medical Journal Open*, p. e011952, 2016.
- Domingos C. M. et al. Potential of multiprofessional residency on family healthcare: the view of healthcare workers. *Interface*, 19(55):1221-32, 2015.
- Eijkelberg, I., Mur-Veeman, I., Spreeuwenberg, C., Koppers, R. 'Patient focus groups about nurseled shared care for the chronically ill'. *Patient education and counseling*. 47. 329-36, 2002. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00006-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00006-X)
- Franco, T. B., Magalhães Júnior, H. M. 'Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das Linhas de Cuidado'. In: *Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*; São Paulo: HUCITEC, 2a. edição, 2004.
- Giovanella, L. et al. 'Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019'. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 2020.
- Heisler M., Bouknight R. R., Hayward R. A., Smith D. M., Kerr E. A. 'The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in Diabetes selfmanagement'. *J Gen Intern Med*; 17: 243-52, 2002.
- Malta, D. C. et al. 'Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015'. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(2), p. 373-390, 2016.
- Melo, E. A. et al. 'Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios'. *Saúde em Debate*, 42(1), p. 328-340, 2018.
- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011
- Moretti, P. G. de S., Fedosse, E. 'Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica'. *Fisioterapia e Pesquisa*, 23(3), 241-247, 2016.
- Oliveira, R. A. D. de et al. 'Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde'. *Cadernos de Saúde Pública* 35(11), e00120718, 2019.

- Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD Health Data 2011. Physicians by category. [capturado 2016 out 20], 2020. Disponível em: <https://stats.oecd.org/>. Acesso em 11 mai 2021.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO, 2003.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies. Nolte, Ellen, Knai, Cecile, McKee, Martin. Managing chronic conditions: experience in eight countries. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2008.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Geneva: WHO; 2004.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Integrated prevention of non-communicable diseases. Executive Board, 113th Session. Draft global strategy on diet, physical activity and health. EB113/44 Add. 1, 2003. Disponível em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/eeb11344a1.pdf. Acesso em 16 abr 2021.
- Pizzinato, A. et al. 'A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS'. Revista Brasileira de Educação Médica, 36(1-2), p. 170-177, 2012.
- Recine, E. et al. 'Saúde coletiva nos cursos de Nutrição: análise de projetos político-pedagógicos e planos de ensino'. Revista de Nutrição, 27(6), p. 747-760, 2014.
- Reiners, A.A.O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 2, p. 2299-2306, 2008.
- Ribeiro. L. F. S. Interoperabilidade nos Sistemas de Informação de Saúde – das convicções à realidade. Tese. (Mestrado de Informática Médica). Faculdade de Ciências. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. 131 p., 2020.
- Rodrigues, E. T. et al. 'Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo'. Revista Brasileira de Educação Médica, 41(4): 604-614; 2017.
- Ryan, M., Marlow, L., Forster, A., Ruwende, J., Waller, J. 'Oering an app to book cervical screening appointments: A service evaluation. Journal of Medical Screening, 27(2), p. 85-89, 2020.
- Sadur CN, Moline N, Costa M, et al. . Diabetes management in a health maintenance organization. Diabetes Care 1999;22:2011–2017.
- Silva, V. T. et al. 'Saúde coletiva e saúde pública no currículo dos cursos de educação física: uma revisão sistemática'. Pensar a Prática, 24, 2021.
- Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- Succar T, Grigg J, Beaver HA, Lee AG. A systematic review of best practices in teaching ophthalmology to medical students. Surv Ophthalmol. 2016 Jan-Feb;61(1):83-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.survophthal.2015.09.001>. Epub 2015 Sep 9. PMID: 26363187.
- Tasca, Tiago Gabriel, e Roberta de Freitas Campos. 2020. "Reinventando a Roda? A harmonização Entre Os ODS E Os Documentos Da ONU Para Fatores De Risco De doenças não transmissíveis". Meridiano 47 - Journal of Global Studies 21 (setembro). <http://dx.doi.org/10.20889/M47e21013>.
- Tavares, N. U. L. et al. 'Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil'. Rev. Saúde Pública, v. 50, supl. 2, 10s, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006150>. Acesso em 14 abr 2021.
- Toscano, C. M. 'As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: Diabetes e hipertensão arterial'. Ciênc. saúde coletiva, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400010>. Acesso em 16 abr 2021.
- Vallis, M. et al. 'Integrating behaviour change counselling into chronic disease management: a square peg in a round hole? A system-level exploration in primary health care'. Public Health, 175, p. 43-53, 2019.
- van Velsen, L., Beaujean, D.J., van Gemert-Pijnen,

J.E. 'Why mobile health app overload drives us crazy, and how to restore the sanity'. British Medical Council Medical Information and Decision Making, 13, p. 23, 2013.

Volponi, P. R. R. et al. 'Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde'. Saúde debate, v. 39, p. 221-231, 2015.

Wagner E. H. 'The role of patient care teams in chronic disease management'. British Medical Journal, 320, p. 569-579, 2000.

