



CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE

CONSTRUCTION OF A CARE LINE FOR CHRONIC CONDITIONS IN A MUNICIPALITY IN THE FAR SOUTH OF SANTA CATARINA

CONSTRUCCIÓN DE UNA LÍNEA DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UN MUNICIPIO DEL EXTREMO SUR DE SANTA CATARINA

AUTORES

Katiane Figueiredo¹

Leticia Monteiro Bettiol²

Rafael Zaneripe de Souza Nunes³

Marcos Bauer Torriani⁴

Lisiane Tuon⁵

RESUMO: O artigo busca apresentar a construção de uma linha de cuidado para as condições crônicas no município de Criciúma – Santa Catarina (SC). A linha de cuidado foi pensada e estruturada a partir de uma lógica participativa dos profissionais da rede de Criciúma, utilizando-se da metodologia do grupo focal para uma construção conjunta. A estruturação do grupo focal teve como objetivo principal a construção de uma política de encaminhamento para gestão do cuidado para as condições crônicas no município de Criciúma. No primeiro grupo, os aspectos abordados podem ser sintetizados nos desafios encontrados nas redes; e as fortalezas, que devem ser olhadas atentamente como ponto de manutenção no atendimento ao usuário no município. E o segundo grupo, voltado para a para a pactuação da linha de cuidado, com a necessidade de alinhar a proposta à realidade do município. A pesquisa traz um novo modelo de atenção à saúde das pessoas com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no município de Criciúma, com a elaboração da linha de cuidado, que contribuirá para a ampliação do acesso da população aos serviços de atenção à saúde ofertados pelo município.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de Saúde. Doenças Crônicas. Atenção Primária em Saúde. Políticas de Saúde. Gestão em Saúde.

1 Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2008), especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2011). Atualmente é enfermeira (gerente e assistencial) na Estratégia de Saúde da Família Centro Social Urbano. katzifigueiredo@gmail.com

2 Graduação em Fisioterapia pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2021). Mestranda na Universidade do Extremo Sul Catarinense. leticiamonteirobettiol@gmail.com

3 Bacharel em Psicologia (2017), Especialista em Saúde Coletiva (2020), Mestre em Saúde Coletiva (2021) e Doutorando em Saúde Coletiva (2023). rafaelzaneripe.psico@gmail.com

4 Graduação em Educação Física pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2020). marcosbauer@unesc.net

5 Doutora em Medicina e Ciências da Saúde. Professora do Programa de Pós-graduação - Mestrado em Saúde Coletiva da UNESC. lt@unesc.net

Licença CC BY:

Artigo distribuído sob os termos Creative Commons, permite uso e distribuição irrestrita em qualquer meio desde que o autor credite a fonte original.





ABSTRACT: The article seeks to present the construction of a line of care for chronic conditions in the city of Criciúma – Santa Catarina (SC). The line of care was designed and structured based on a participatory logic by professionals from the Criciúma – SC network, using the focus group methodology for joint construction. The main objective of structuring the focus group was to build a referral policy for care management for chronic conditions in the city of Criciúma – SC. In the first group, the aspects addressed can be summarized in the challenges encountered in the networks; and the fortresses, which must be looked at carefully as a maintenance point in user service in the municipality. And the second group, focused on agreeing on the line of care, with the need to align the proposal with the reality of the municipality. Final considerations: The research brings a new model of health care for people with Diabetes Mellitus (DM) and Systemic Arterial Hypertension (SAH) in the city of Criciúma, with the elaboration of the line of care, which will contribute to expanding access for the population to the health care services offered by the municipality.

KEYWORDS: Health Systems. Chronic Disease. Primary Health Care. Health Policy. Health Management.

RESUMEN: El artículo busca presentar la construcción de una línea de atención a enfermedades crónicas en la ciudad de Criciúma – Santa Catarina (SC). La línea de atención fue diseñada y estructurada a partir de una lógica participativa por profesionales de la red Criciúma – SC, utilizando la metodología de grupos focales para la construcción conjunta. El principal objetivo de la estructuración del grupo focal fue construir una política de derivación para la gestión de la atención a las enfermedades crónicas en la ciudad de Criciúma – SC. En el primer grupo, los aspectos abordados se pueden resumir en los desafíos encontrados en las redes; y las fortalezas, que hay que mirar con atención como punto de mantenimiento en la atención al usuario del municipio. Y el segundo grupo, enfocado en acordar la línea de atención, con la necesidad de alinear la propuesta con la realidad del municipio. La investigación trae un nuevo modelo de atención a la salud de personas con Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) en la ciudad de Criciúma, con la elaboración de la línea de atención, que contribuirá a ampliar el acceso para los población a los servicios de atención de salud que ofrece el municipio.

PALABRAS CLAVE: Sistemas de Salud. Enfermedad Crónica. Atención Primaria de Salud. Política de Salud. Gestión en Salud.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) fazem parte, atualmente, de um importante problema de saúde pública, sendo a principal causa de morte no mundo, ocasionando também mortalidade prematura, incapacidades, perda da qualidade de vida e sobrecarga no sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; MALTA et al., 2017). No Brasil, as DCNT, além de representarem a principal carga de doenças e mortes na população, também se constituem como um importante problema de saúde. O Disability Adjusted Life Years (DALY) no ano de 2009, que mede simultaneamente o efeito da mortalidade e da morbidade das doenças na população, verificou que tais doenças respondiam por 72% dos anos de vida perdidos (SCHRAMM et al., 2004). As doenças crônicas, no ano de 2012, correspondiam

a quase 70% de anos de vida perdidos por incapacidade no Brasil, tal proporção aumenta com a idade, chegando a quase 90% de todo o DALY entre os idosos de 70 anos ou mais (BOCCOLINI, 2016). Em 2019, verificou-se registros de 738.371 óbitos por DCNT no Brasil, destes, 41,8% (n=308.511) ocorreram prematuramente, ou seja, na faixa etária entre 30 e 69 anos de idade, perfazendo uma taxa padronizada de mortalidade de 275,5 óbitos prematuros a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2021). Em Santa Catarina, a HAS, entre os anos de 2012 e 2015, estava entre a terceira causa de morte, com uma média anual de 1.336 óbitos, já a DM, embora não esteja no terceiro lugar como causa de morte, vitimou 11.595 pessoas em Santa Catarina entre 2010 e 2016, mantendo um número médio de internações de 4.485 por ano (BRASIL, 2019; BRASIL, 2018).

Para que o combate a essas doenças seja realizado de forma eficaz, são necessárias colaborações entre sistemas de saúde e saúde pública para elaborar estratégias, intervenções, abordar combinações de fatores e condições de risco, criar mudanças em toda a população e garantir a implementação de medidas por múltiplos setores, incluindo parcerias público-privadas com o envolvimento de todas as partes interessadas (BAUER et al., 2014). Para que isso seja possível, os profissionais devem estar aptos e os serviços de saúde funcionar em rede, de forma estruturada e organizada por meio de modelos de atenção, os quais consistem em sistemas lógicos de cuidado que se comunicam e se articulam de forma ímpar, com relações entre a população e suas subpopulações, divididas por riscos, focos das intervenções e interferências sanitárias (FURTADO; NÓBREGA, 2013). Tem-se como foco a consolidação das ações voltadas, tanto para prevenção, quanto para promoção, detecção e controle das doenças crônicas, como DM e HAS e, com isso, surgem as linhas de cuidado, proporcionando e estabelecendo novas e mais fortes articulações entre os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2019; BRASIL, 2018).

O presente estudo tem como objetivo construir uma linha de cuidado para as condições crônicas no município de Criciúma (SC), através de uma lógica participativa dos profissionais da rede do município em questão, utilizando-se do grupo focal como método de construção conjunta, tendo como intuito coletar informações essenciais que contemplem o problema de pesquisa, visando à comunicação participativa entre os membros do grupo, no qual os mesmos estarão reunidos em um local por um período de tempo determinado, trocando experiências e conhecimentos sobre o assunto (DALL'AGNOL et al., 2012).

METODOLOGIA

A linha de cuidado foi pensada e estruturada a partir de uma lógica participativa dos profissionais da rede de Criciúma, se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, utilizando-se da metodologia do grupo focal para uma construção conjunta, tendo início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos, por meio do CAAE 63499522.0.0000.0119. Participaram do primeiro grupo focal 19 gerentes de diferentes UBS, distribuídas no município, dentre os gerentes as profissões presentes foram Enfermeiros, Cirurgiões-Dentistas e Analistas de Recursos Humanos. Já no segundo grupo focal, participaram 20 gerentes, apresentando a mesma distribuição de profissões do primeiro grupo realizado. Os grupos foram definidos através de um convite realizado aos gerentes das UBS do Município de Criciúma, composto por profissionais de três distritos de saúde diferentes do município.

A condução do primeiro grupo focal foi estruturada em cinco etapas: introdução, produção, apresentação, discussão e avaliação, adaptadas da experiência relatada por Soratto (2014). A introdu-

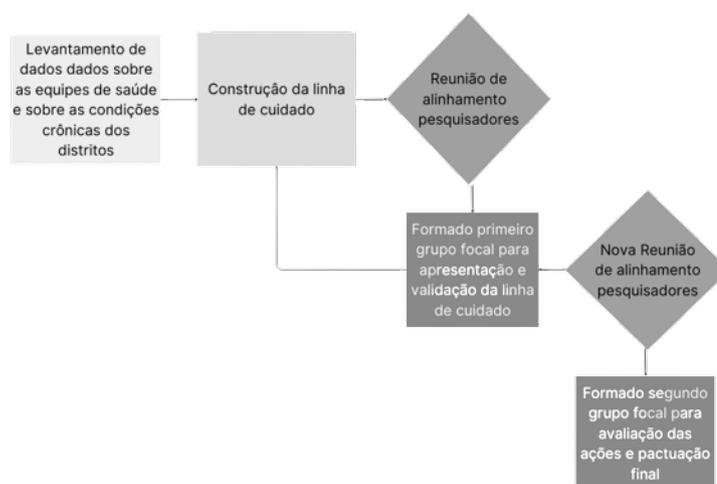


ção consistiu na apresentação dos participantes e do mediador, seguido da apresentação da temática a ser trabalhada e realização de uma dinâmica de aquecimento circunscrita à problemática levantada. Na etapa de produção, os profissionais foram apresentados a duas perguntas norteadoras sobre os desafios enfrentados na assistência a usuários que apresentam doenças crônicas, e foram separados em três pequenos grupos por distrito, acompanhados dos auxiliares de pesquisa. Cada grupo de perguntas representou uma etapa de produção distinta e, ao serem finalizadas todas as cinco etapas a partir da primeira pergunta norteadora, a segunda etapa de produção (segunda pergunta norteadora) se iniciaria. Após a etapa de produção, os participantes voltaram ao grande grupo para apresentação das demandas encontradas. A volta ao grande grupo consistiu na etapa de apresentação elencada por cada pequeno grupo, que levou, posteriormente, o grande grupo à etapa de discussão, na busca pela solução coletiva através do debate. O mesmo processo entre a etapa de produção, apresentação e discussão foi conduzido na segunda etapa do grupo focal, que teve como objetivo discutir as possíveis soluções às demandas. Por fim, o grupo foi finalizado com a etapa de avaliação, questionando os participantes sobre suas percepções da oficina, sugestões e considerações.

A segunda oficina, referente à apresentação da linha de cuidado, seguiu as mesmas etapas de condução do grupo focal, entretanto, com uma mudança pontual: na etapa de produção, os grupos dos três distritos se reuniram apenas uma vez, com intuito de avaliar a linha de cuidado proposta e, posteriormente, apresentaram suas opiniões (etapa de apresentação), chegando a um consenso baseado na opinião/conclusão coletiva do grupo (etapa de discussão). Importante destacar que todo o processo dos grupos focais, no que se refere ao primeiro e segundo encontros, foram gravados e acompanhados de registros fotográficos. Cada grupo teve uma reunião em cada fase da pesquisa, e todas elas contaram com uma equipe de pesquisadores que se dividiram entre mediador e auxiliares de pesquisa que observaram as interações dos participantes.

A estruturação do grupo focal teve como objetivo principal a construção de uma política de encaminhamento para gestão do cuidado para as condições crônicas no município de Criciúma. Além disso, também se utilizou de materiais de apoio da Secretaria de Saúde do Estado, do Ministério da Saúde e de dados coletados na literatura científica. A Linha de Cuidado elaborada para o município de Criciúma teve como principal material de base as Linhas de Cuidado a HAS e DM do Estado de Santa Catarina. Destaca-se que a estrutura da Linha de Cuidado foi sendo modificada de forma progressiva pelos dados coletados nos grupos focais, tendo, no primeiro momento, o intuito de realizar o levantamento de demandas e adequações da Linha de Cuidado do Estado para o município de Criciúma e, posteriormente, no segundo encontro, para alinhamento e pactuação final.

Imagem 1- Fluxograma de trabalho

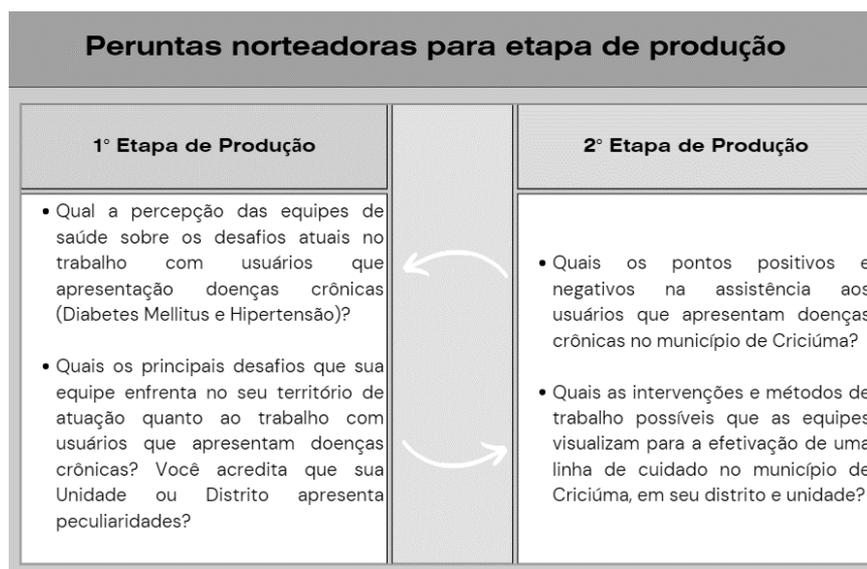


Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

A imagem 1 demonstra como foi realizado o fluxo de trabalho dos grupos focais, nos quais tanto o primeiro, quanto o segundo grupo contaram com um mediador e três auxiliares de pesquisa que observaram as interações dos participantes. O mediador era responsável pela condução das discussões e supervisão das etapas do processo grupal, exigindo deste habilidades específicas para o manejo das discussões (GONDIM, 2002; DALL'AGNOL et al., 2012). A observação dos grupos pelos auxiliares de pesquisa foi baseada na proposta de Soratto (2011), seguindo um roteiro que contempla a observação participante, com intuito de apresentar itens do processo de construção grupal como: as intercorrências, os ruídos, as reações e outras observações que o auxiliar de pesquisa poderá identificar durante o grupo.

Os dados coletados através dos grupos focais foram verificados a partir da Análise de Conteúdo que, conforme Minayo (2008), é uma técnica que permite tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, de acordo com procedimentos especializados e científicos. Essa forma de análise divide-se em etapas específicas, pré-análise, exploração e codificação do material, e, por fim, tratamento e interpretação dos resultados obtidos, para que fossem realizadas as categorizações finais, referentes às problemáticas e demandas do município que contribuíram para a construção da linha de cuidado.

Imagem 2- Perguntas para etapas de produção



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

RESULTADOS

A imagem 2 mostra as perguntas elaboradas e aplicadas na primeira e segunda etapas de produção dos grupos focais, responsáveis por nortear os participantes. Os resultados obtidos após essas etapas de produção e apresentados, se referem ao primeiro e segundo grupo focal realizados no mês de dezembro de 2022 e maio de 2023. No primeiro grupo, os aspectos abordados podem ser sintetizados em duas categorias: os desafios encontrados nas redes; e as fortalezas, que devem ser olhadas atentamente como ponto de manutenção no atendimento ao usuário no município de Criciúma (SC).

Um dos primeiros pontos abordados pelos participantes do primeiro grupo focal relata um espaço existente entre os medicamentos e as condições dos pacientes. Isso está relacionado a um olhar fragmentado na assistência a esses usuários, no qual a medicação para a condição crônica se torna o eixo central do tratamento, colocando outros fatores, como alimentação, exercício físico e outras comorbidades em segundo plano. Outro ponto colocado em debate é a centralidade no profissional enfermeiro na assistência às condições crônicas, inviabilizando seu processo de trabalho e, junto a isso, segundo o grupo, o número de profissionais nos pontos de atenção primária é insuficiente, principalmente o profissional médico, dificultando a capilaridade das ações e intervenções frente às condições crônicas e refletindo no adoecimento do profissional de saúde. O grupo também destacou a importância do acompanhamento dos usuários com condições crônicas no período de seis em seis meses, porém, destacando, novamente, a dificuldade, devido à falta de profissionais que se transforma em uma forma de impedimento da longitudinalidade do cuidado, refletindo, inclusive, na execução de alguns procedimentos, em virtude da descompensação da própria condição crônica.

Além disso, o grupo percebe uma responsabilização dos profissionais de saúde no cuidado ao usuário, um aspecto cultural que acaba impedindo a corresponsabilização pelo cuidado. A cultura local

na perspectiva dos profissionais também reproduz impactos nos índices de sedentarismo e tabagismo, devido ao foco do usuário, muitas vezes, na busca pela receita dos medicamentos e exames, esquecer, ou não, da devida importância das medidas preventivas passadas. Um outro ponto desse relato, segundo os profissionais, é que o acesso a medicações e exames também deve ser visto como ponto positivo, uma vez que o município é muito efetivo em atender a essas demandas.

Relativo às UBS, o grupo relatou que algumas delas carecem de uma estrutura adequada, dificultando a rotina de trabalho e o acesso da população a esses espaços. Nesse sentido, os participantes também elencaram a dificuldade para realizarem grupos terapêuticos, em especial pela baixa adesão da população, sendo uma das propostas sugeridas a criação de grupos terapêuticos regionais ao invés de grupos em unidades separadas, no qual poderia ocorrer um rodízio entre determinados grupos de unidades do mesmo distrito com temas voltados às Doenças Crônicas (DC), gerando uma maior adesão dos usuários através do engajamento pelos números de usuários e da criação de uma rede de apoio entre esses.

Quanto às UBS das regiões centrais de Criciúma, o grupo percebeu uma maior dificuldade no acesso para cadastramento dos usuários, principalmente no que se refere às visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Isso se dá, em partes, pela própria estrutura da região, que contém maior número de condomínios e apartamentos. Junto a isso, destaca-se a falta de alinhamento com a população que é financeiramente mais estável, e acabam por fazer seu acompanhamento pelo plano particular. Dessa forma, uma sugestão geral do grupo, não apenas para a região do Centro, mas para todo município, seria a atualização dos mapas territoriais e sua revisão constante, pois a única forma de mobilizar políticas públicas locais seria através do entendimento do próprio território. O grupo relatou que a maior parte das demandas abordadas também poderia ser beneficiadas pela inclusão de novas tecnologias nos pontos de atenção primária, facilitando o cadastramento, a atualização das demandas e características territoriais, acesso a exames, medicamentos e atendimentos, com destaque à presença do telessaúde.

O segundo grupo focal foi voltado para a pactuação da linha de cuidado, e a primeira discussão se deu pela necessidade de alinhar a proposta à realidade do município. Durante o debate, os participantes do grupo discordaram com a estratificação de risco do governo do estado em relação ao número de consultas com o profissional médico e o profissional enfermeiro, pois, de acordo com eles, o município não conseguiria dar suporte à tamanha demanda assistencial, em virtude do número de profissionais em relação aos usuários. Outro ponto citado pelos participantes do grupo foi a falta de equipes multiprofissionais nas UBS e, ao mesmo tempo, uma desvalorização dos profissionais não-médicos, devido às consultas desmarcadas. Além disso, segundo os participantes do grupo, de acordo com os gerentes das UBS, estão em falta na Atenção Primária à Saúde (APS) os profissionais psicólogos e farmacêuticos, um fator que dificulta o fluxo de atendimentos e uma continuidade no cuidado, por parte dessas profissões.

Para possibilitar um fácil acesso aos atendimentos e, ao mesmo tempo, buscar reduzir o número de faltas, o grupo traz como sugestão a elaboração de plataformas para teleassistência, que possam ser utilizadas por todos os membros da equipe da APS. Embora o grupo tenha assentido com todas as propostas sugeridas na linha de cuidado, um dos pontos levantado ainda continuou gerando uma ampla discussão, sendo este o número de consultas e a sua periodicidade; então, optou-se por diminuir a quantidade de consultas com o profissional médico e enfermeiro, se adequando à realidade e estrutura

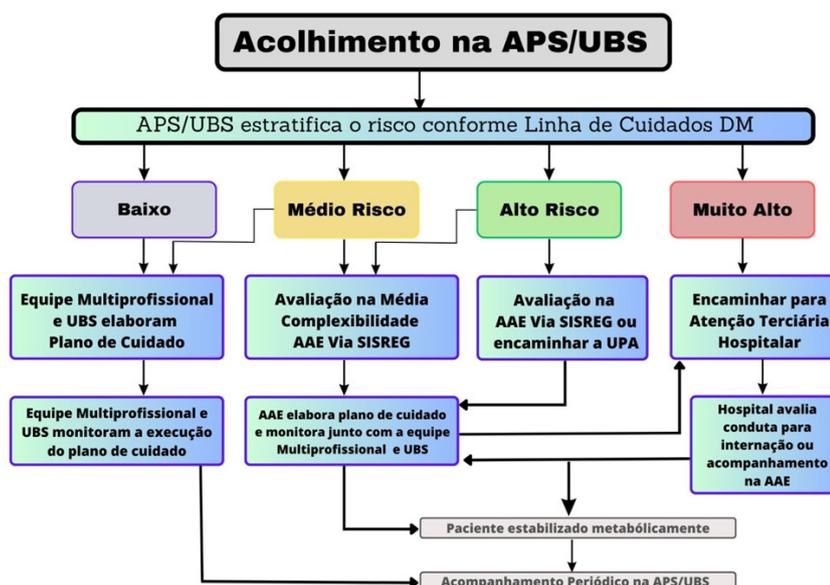
do município.

Uma das sugestões do primeiro grupo focal foi a criação de grupos operativos distritais para DM e HAS que contemplariam mais de uma UBS, proporcionando uma maior adesão dos usuários. Nesse segundo grupo focal, optou-se pela manutenção da proposta, sendo que os encontros contemplariam as UBS de cada distrito, em um ponto comum, com uma média de quatro encontros por ano, e temáticas e cronogramas deverão ser estruturados a cada ano no município.

O último ponto da pactuação foi sobre a necessidade de incluir a equipe multiprofissional no atendimento ao usuário com DM e HAS, pois não é possível realizar um cuidado de forma contínua e integral, se não há como efetivar o trabalho. A falta de outros profissionais acaba sobrecarregando os profissionais médicos e enfermeiros, e engessando os atendimentos a uma lógica curativista.

Por fim, como novas propostas, os participantes do grupo sugeriram a inclusão da dança, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e atividade física, além da necessidade de incluir o uso das tecnologias, principalmente das mídias sociais, como suporte para a assistência e educação em saúde.

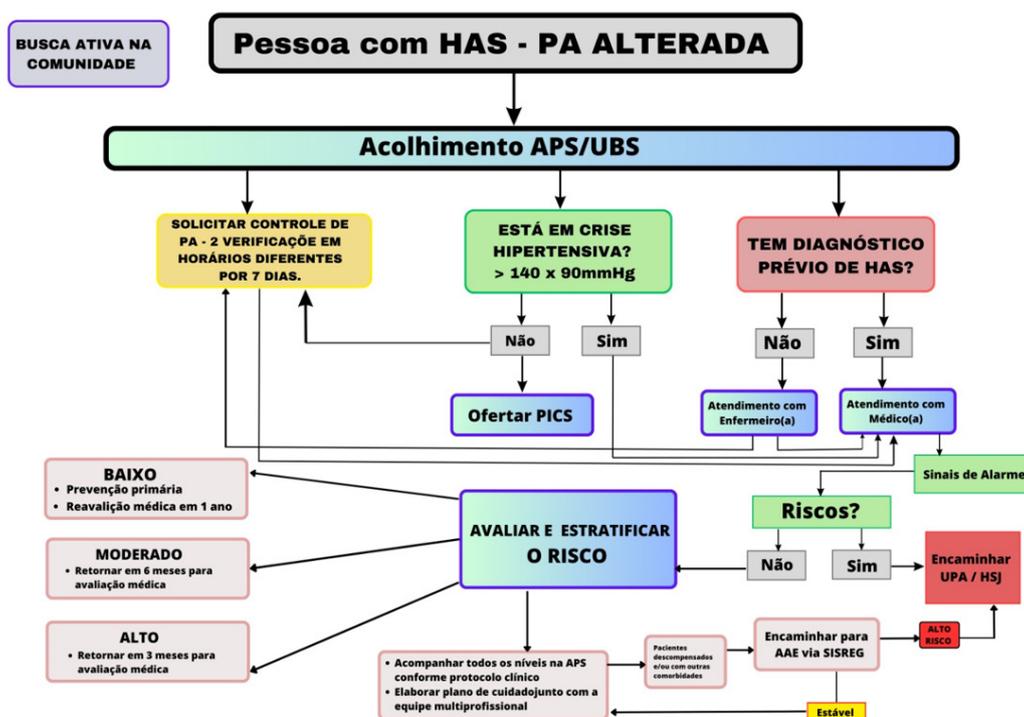
Imagem 3- Fluxo de acolhimento na Atenção Primária à Saúde à pessoa com DM



Fonte: Adaptado de Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus (BRASIL, 2018).

O fluxograma da Linha de Cuidado de DM inicia com o acolhimento e avaliação multiprofissional, estabelecimento do diagnóstico, e com a classificação de risco. No entanto, toda a comunidade deve estar inserida nos processos de promoção e prevenção à saúde e as UBS devem integrar outros setores a esses processos, como as secretarias de educação e assistência social, os estimulando e estabelecendo vínculos para o desenvolvimento de ações no território, nas quais ocorram a busca e identificação de indivíduos com risco para o desenvolvimento de DM, ou, então, que já possuam a doença, mas não são acompanhados nos serviços de saúde.

Figura 4- Fluxo de acolhimento na Atenção Primária à Saúde à pessoa com HAS



Fonte: Adaptado de Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus (BRASIL, 2018); Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2019).

O fluxograma da Linha de Cuidado de HAS inicia a partir de então, com o acolhimento e avaliação multiprofissional, estabelecimento do diagnóstico, e com a classificação de risco. Ao identificar algum indicativo de HAS, o indivíduo deverá ser encaminhado para acolhimento na UBS, ou solicitar que seja realizado atendimento domiciliar quando houver a necessidade. Depois, esses indivíduos poderão ser encaminhados para avaliação médica e orientados quanto às medidas de promoção da saúde e prevenção da HAS ou serão inseridos para o atendimento, de acordo com a linha de cuidado.

DISCUSSÃO

O primeiro grupo focal teve o intuito de apontar as principais fortalezas e necessidades do município, pois através da identificação dos pontos que merecem atenção, é possível resolvê-los. Para melhorar a saúde das pessoas com DC, como nos casos de DM e HAS, é necessário que haja transformação nos modelos de atenção à saúde que, atualmente, ainda são fragmentados e curativistas, focado apenas em doenças e tratamentos medicamentosos, para um modelo integrado focado não só no indivíduo, como também na família e voltado para a promoção da saúde, como os cuidados na alimentação e a prática de exercício físico. Isso, de fato, requer uma atenção contínua, permitindo que o indivíduo possua uma linha



de cuidado dentro da rede, possibilitando uma melhor qualidade de vida (MENDES, 2012).

Para a APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um ponto de reorganização do modelo assistencial vigente, através das equipes multiprofissionais, e dentro desta equipe pode-se destacar o profissional enfermeiro, essencial para a consolidação da ESF, bem como para as práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde (BECKER et al., 2018). Embora o atendimento desses profissionais tenha um grande potencial de melhorar a qualidade no cuidado, eles sofrem com o desafio da sobrecarga no trabalho, o que prejudica o desenvolvimento de algumas ações, como as de promoção, prevenção e visitas domiciliares, quando necessárias (CAÇADOR et al., 2015). Essa sobrecarga profissional, segundo o grupo focal, é destacada como um dos pontos que merecem atenção no município, pois o cuidado para as condições crônicas deve ser feito de forma integral, por toda a equipe multiprofissional, e não ser centrada em apenas uma das profissões. O grupo ainda relata que, para uma mudança de cenário na vida dos indivíduos com doenças crônicas, deve se ter um cuidado integrado e longitudinal, colocando tal indivíduo como sujeito central do seu tratamento. Sabe-se que os indivíduos com doenças crônicas necessitam de uma linha de cuidado contínua dentro da rede, possibilitando uma mudança nos hábitos comportamentais necessários, de acordo com suas condições (YOSHIDA; ANDRADE, 2016). Tal mudança deve ocorrer através de um trabalho educativo, realizado pela equipe da APS, e deve despertar e propor a esses indivíduos a consciência do autocuidado, promovendo para os sujeitos a compreensão sobre as causas e consequências do seu estado de saúde, e também os colocando como protagonistas das suas atitudes, podendo prover uma melhor qualidade de vida (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

Quando se trata da infraestrutura das UBS, em menos de uma década, os investimentos para APS foram significativos, principalmente com o Programa de Infraestrutura e Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) (BOUSQUAT et al., 2017). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em 2012, verificou que apenas 15% do total de UBS no País estava em precárias condições de infraestrutura (SIQUEIRA et al., 2009). Em contrapartida, no ano de 2005, cerca de 70% das UBS avaliadas em cidades acima de 100 mil habitantes, das regiões Nordeste e Sul, no Estudo de Linha de Base do Proesf, tinham problemas com a infraestrutura (BOUSQUAT et al., 2017). Contudo, melhorias na infraestrutura das UBS ainda são necessárias, mas, para isso, precisa-se de um amplo apoio por meio de políticas integradas, que garantam esta ampliação e qualificação (BRASIL, 2017).

Além de algumas UBS carecerem de estrutura adequada, outro ponto debatido durante o grupo focal foi a dificuldade no acesso para cadastramento dos usuários nas UBS do município em questão, o que, de acordo com o estudo de Viegas, Carmo e Luz (2015), ocorre devido a importantes lacunas da entrada do indivíduo no serviço, por exemplo, a baixa cobertura da ESF, que pode estar relacionada à limitação de recursos e a problemas organizativos dentro do município e, por vezes, ocorre a falta de rotatividade no serviço, com a permanência do cadastro de famílias que não moram mais na região, enquanto outras residentes na região não conseguem se cadastrar. Cita-se também como fatores dificultadores do acesso a distância da residência do usuário à UBS, a falta do transporte público em algumas regiões, e quando se tem transporte, por vezes existe a impossibilidade do pagamento da passagem de ônibus, devido às dificuldades econômicas dos indivíduos, indicando uma ausência de alinhamento entre usuário, sistema de saúde e município (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

O segundo grupo focal foi marcado por discussões para alinhar as propostas da linha de cuidado, de acordo com a necessidade do município, sendo o primeiro debate sobre a estratificação de risco do governo do estado em relação ao número de consultas com o profissional médico e o profissional enfermeiro; segundo o grupo, o município não consegue suportar tal demanda. Ainda de acordo com o estudo de Almeida et al. (2002), de 240.821 pessoas entrevistadas, com idade de 15 anos ou mais cerca de 56,6% relataram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses, e dentre aqueles que relataram problemas crônicos de saúde, 72,2% utilizaram consultas médicas, enquanto entre os indivíduos sem doenças crônicas, a taxa de utilização foi de 45,6%, no qual o número médio de consultas médicas para pessoas com doenças crônicas foi de 5,0 e, para os demais, 3,1 consultas. Destacou-se uma maior utilização dos serviços de saúde por indivíduos com condições crônicas do que observada entre a população em geral.

Assim, a APS tem como desafio uma nova configuração dos serviços de saúde, de forma a reorientar o modelo de atenção à saúde para o enfrentamento das condições crônicas, sendo isto possível com a inserção da equipe multiprofissional, oferecendo uma atenção contínua. Os atendimentos com a equipe multiprofissional são de grande valia para os indivíduos com condições crônicas, devido às múltiplas causas que as envolve torna-se de extrema importância uma atenção com soma de diferentes saberes, além dos atendimentos, frequentemente, ocorrerem juntos ou em sequência, o que facilita o deslocamento do indivíduo, evitando que precise comparecer ao serviço por vários dias da semana (MARQUES et al., 2023).

Outro ponto debatido foi a necessidade de incluir a teleassistência no dia a dia dos atendimentos, facilitando o acesso dos indivíduos. Os recentes avanços nas tecnologias de informações e comunicações levam uma nova e melhorada forma de abordagem entre os profissionais e pacientes, como no caso dos serviços de teleassistência, permitindo que tanto os pacientes quanto seus familiares possam receber um atendimento digno e personalizado, independente da sua localização, tal modelo deve abranger as equipes multiprofissionais, possibilitando uma melhora na qualidade dos serviços prestados, permitindo uma redução de custos relacionados à saúde, e uma oportunidade para o sistema de saúde realizar atendimentos utilizando novos tipos de serviços de cuidados, com baixo custo e alta qualidade (COLA et al., 2020).

Sugere-se também a necessidade da elaboração de grupos operativos distritais, contemplando mais de uma UBS por distrito e, assim, proporcionando uma maior adesão dos usuários. A organização dos grupos operativos e terapêuticos na atenção coletiva da população vem cada vez mais se tornando frequente nos serviços de saúde e pode-se, desse modo, verificar a ampla adesão dos pacientes a tais grupos. Dentro dessa modalidade de cuidado, se destaca uma maior otimização do trabalho com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do paciente no processo educativo e o envolvimento da equipe para com o grupo em questão (SOARES; FERRAZ, 2007). A aprendizagem dos processos grupais evidencia a possibilidade de uma nova forma de conhecimento e consiste em promover para os indivíduos envolvidos uma leitura da realidade, uma abertura para as dúvidas e para as novas e futuras inquietações (BASTOS, 2010).

Apesar das dificuldades encontradas no sistema de saúde, vem se sustentando no Sistema Único de Saúde (SUS) um processo permanente em constante construção, trazendo um movimento de inser-



ção de outras racionalidades e saberes médicos, como no caso das PICS (AZEVEDO; PELICIONI, 2011). Segundo o estudo de Dacal e Silva (2018), existe uma grande demanda pelas PICS por parte dos indivíduos e uma percepção de seus benefícios. O estudo traz os impactos positivos das práticas integrativas e complementares na saúde dos pacientes que as utilizam, nas dimensões psicológica, física e emocional, bem como demonstram os benefícios do uso particular das PICS por pessoas com doenças crônicas.

A descentralização do sistema público de saúde no país ainda enfrenta alguns desafios, contudo essa diretriz operacional continua sendo apontada como estratégia importante para viabilizar a implementação dos princípios do SUS, sendo eles a garantia do direito universal à saúde, à equidade e à integralidade, como parte dos princípios doutrinários, e a descentralização, regionalização, hierarquização e participação da população parte dos princípios organizacionais (SPEDO et al., 2009). A implantação da descentralização vem para quebrar a tradição centralizadora da assistência à saúde no país e auxiliando a promover a noção de que o município é o melhor gestor para a questão da saúde, sendo mais próximo da realidade da população do que as esferas de poder estadual e federal (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa traz um novo modelo de atenção à saúde das pessoas com DM e HAS no município de Criciúma, com a elaboração da linha de cuidado, que contribuirá, tanto para a ampliação do acesso da população aos serviços de atenção à saúde ofertados pelo município, quanto para fortalecer o vínculo entre usuário e equipe, visando a acolher as pessoas com doenças crônicas, através de um cuidado contínuo, integral e humanizado, dessa forma, garantindo que o fluxo assistencial seja executado de forma ordenada e igualitária por todos os profissionais da APS.

A pesquisa se deu a partir da constatação do impacto que as doenças crônicas vêm causando no país e no mundo, representando um importante problema de saúde pública, impactando fortemente os serviços de saúde, em especial no SUS. Surge, então, a necessidade de chamar atenção para o tema, procurando disseminar ainda mais as questões que envolvem as doenças crônicas, como a prevenção, seu controle e acompanhamento, sendo possível realizar este cuidado da forma mais adequada, com a construção de linhas de cuidado qualificadas, não existentes até o momento nos serviços de saúde do município de Criciúma, utilizando um modelo multidimensional e incorporando diversos níveis de ação, como políticas nacionais e melhoria do acesso aos serviços de saúde, contribuindo para mudanças significativas no cenário atual e, conseqüentemente, a melhora na qualidade de vida de toda população.

A linha de cuidado ainda não foi implantada no município de Criciúma, mas vem sendo discutida por meio de um grupo de trabalho, composto por servidores multiprofissionais participantes do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU) da Secretaria Municipal de Saúde. Dessa forma, ainda não foram obtidos resultados concretos para avaliar a efetividade do produto proposto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Márcia Furquim de et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002. FapUNI-

FESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232002000400011>.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 361-378, nov. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462011000300002>.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 set. 2023. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000100003>.

BASTOS, Alice Beatriz B. Izique. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicol inf.**, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-169, out. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 set. 2023.

BAUER, Ursula e et al. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the usa. **The Lancet**, [S.L.], v. 384, n. 9937, p. 45-52, jul. 2014. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60648-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60648-6).

BECKER, Renata Machado et al. Nursing care practices for people with Chronic Noncommunicable Diseases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 6, p. 2643-2649, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0799>.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira. Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz**; 2016.

BOUSQUAT, Aylene et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 r. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, [S.L.], v. 33, n. 8, 21 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00037316>.

BRASIL. LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS. **Secretaria de Estado da Saúde**. Santa Catarina, 2018.

BRASIL. LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. **Secretaria de Estado da Saúde**. Santa Catarina, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 [internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 set 2017. Disponível: <http://18928128100/dab/docs/publicacoes/geral/pnabpdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CAÇADOR, Beatriz Santana et al. BEING A NURSE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROGRAMME: challenges and possibilities. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 19, n. 3, 2015. Universidade Federal de Minas Gerais - Pró-Reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>.



COLA, Maria Cristina de et al. Teleassistance for frail elderly people: a usability and customer satisfaction study. **Geriatric Nursing**, [S.L.], v. 41, n. 4, p. 463-467, jul. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.019>.

DACAL, Maria del Pilar Ogando; SILVA, Irani Santos. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 118, p. 724-735, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811815>.

DALL'AGNOL, Clarice Maria et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 186-190, 2012.

FURTADO, Luciana Gomes; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 1197-1204, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000400039>.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários**. Universidade Federal da Bahia: Estudos de Psicologia, 2002.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves da; MOURA, Lenildo de; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 661-675, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>.

MARQUES, Francielle Renata Danielli Martins et al. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas e suas implicações para a Atenção Ambulatorial Especializada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 76, n. 1, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0315pt>.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2008. 406 p.

RAUBER, Chris. O manejo de doenças pode ser bom para o que aflige pacientes e seguradoras. **Saúde moderna**, v. 29, n. 13, pág. 48-50, 52, 54, 1999.

ROECKER, Simone; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; MARCON, Sonia Silva. The educational work of nurses in the Family Health Strategy. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 157-165, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000100019>.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232004000400011>.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 39-44, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100009>.

SOARES, Sônia Maria; FERRAZ, Aidê Ferreira. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 52-57, mar.



2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452007000100007>.

SORATTO, Jacks et al. A maneira criativa e sensível de pesquisar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 994-999, 2014.

SORATTO, Jacks. **A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. Porto Alegre: Dissertação de Mestrado Apresentada Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

SPEDO, Sandra Maria *et al.* O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de são paulo, brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 25, n. 8, p. 1781-1790, ago. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000800014>.

VIEGAS, Anna Paula Bise; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 100-112, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015000100008>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Geneva: WHO; 2013 [acessado 2022 agost 09]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf

YOSHIDA, Valéria Cristina; ANDRADE, Maria da Graça Garcia. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 20, n. 58, p. 597-610, 1 mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0611>.

SUBMISSÃO: 27/09/2023

ACEITE: 11/06/2024