

Cláudia Ferreira Melo Rodrigues<sup>1</sup>  
Mônica Viegas Andrade<sup>2</sup>  
Nayara Dornela Quintino<sup>1</sup>  
Nayara Ragi Baldoni<sup>1</sup>  
Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha<sup>2</sup>  
Cláudia Di Lorenzo Oliveira<sup>1</sup>  
Clareci Silva Cardoso<sup>1</sup>

## The health care for chronic conditions in the perception of Health professionals

# O cuidado das condições crônicas na percepção dos profissionais de Saúde

**ABSTRACT | Introduction:** *Chronic conditions (CC) require longitudinal and comprehensive care that is offered in an integrated health care network.*

**Objectives:** *To understand, in the perception of professionals, the capacity of the health system to act in the CC, before and after an intervention, with Primary Care (PHC) as the coordination of care.*

**Methods:** *This is an observational, longitudinal study, with assessment before (2013) and after (2018) the Chronic Conditions Care Model (CCM) implementation in the municipality of Santo Antonio do Monte's health system, Minas Gerais, Brazil, focusing on three chronic conditions: Diabetes, Hypertension and Pregnant women. The CCM consists of organizing care based on the principles of territorialization, classification and risk stratification, grounded on the organization of Primary Care in the Unified Health System (SUS). The Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) scale provided the assessment, being answered by primary and secondary care professionals in the municipality. Qualitative and quantitative tools were used for data analysis.*

**Results:** *The main findings showed that in the perception of health professionals there was a positive and important evolution in the institutional capacity of the municipality in caring for CC, resulting in the feasibility of implementing the CCM in the organizing logic of Primary Care in SUS.*

**Conclusion:** *The present study showed that it is possible to organize an integrated model of care for chronic conditions, based on health promotion and prevention in small cities, with PHC as the coordinator of this process.*

**Keywords |** *Health assessment; Chronic disease; Primary health care.*

**RESUMO | Introdução:** As condições crônicas (CC) requerem cuidado longitudinal e integral e que seja oferecido em uma rede de atenção à saúde integrada. **Objetivos:** Compreender, na percepção dos profissionais, a capacidade do sistema de saúde para atuação nas CC, antes e após uma intervenção no sistema de saúde, tendo a Atenção Primária (APS) como ordenadora do cuidado. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, longitudinal, com avaliação antes (2013) e após (2018) a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) no município de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, Brasil, com foco em três condições crônicas: diabetes, hipertensão e gestantes. O MACC consiste em organizar o cuidado a partir dos princípios da territorialização, classificação e estratificação do risco, fundamentados na organização da APS no Sistema Único de Saúde (SUS). O instrumento *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) proporcionou a avaliação, sendo respondido pelos profissionais da atenção primária e secundária do município. Foram utilizadas ferramentas qualitativas e quantitativas para análise dos dados. **Resultados:** Na percepção dos profissionais de saúde, ocorreu uma evolução positiva e importante da capacidade institucional do município na atenção às CC, resultando na viabilidade de implantação do MACC na lógica de organização da APS no SUS. **Conclusão:** O presente estudo mostrou ser possível a organização de um modelo integrado de cuidado às condições crônicas, fundamentado na promoção e prevenção à saúde em municípios de pequeno porte, tendo a APS como coordenadora desse processo.

**Palavras-chave |** Avaliação em saúde; Doença crônica; Atenção primária à saúde.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu. Divinópolis/MG, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

Na América Latina, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são responsáveis por 80% (5,2 milhões) de todas as mortes e, no Brasil, elas respondem por 73% dos óbitos<sup>1</sup>. O risco de morte prematura por essas causas é de 17% no País, sendo mais elevado ao de países de maior renda, tais como Austrália, Áustria e Canadá<sup>2</sup>. A carga das doenças crônico-degenerativas no Brasil já se encontra em patamares elevados, sendo responsável por 66,3% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade<sup>1</sup>. Como a maioria dessas morbidades é evitável, políticas de saúde adequadas devem concentrar-se na redução de sua prevalência e nos impactos na saúde, ao promover a melhoria da capacidade de autocuidado da população<sup>3-5</sup>.

A definição tradicional de DCNTs foi recentemente ampliada para condições crônicas (CC), de forma a incluir também condições que requerem atenção continuada pelo sistema de saúde, como, por exemplo, doenças infecciosas persistentes; gestação; condições associadas à manutenção da saúde nos diferentes ciclos; distúrbios mentais, deficiências físicas e estruturais contínuas e doenças metabólicas. Essas morbidades e condições demandam um cuidado diferenciado e contínuo, com ações proativas e integradas do sistema de saúde e dos usuários para o controle efetivo, eficiente e com qualidade<sup>6</sup>. Nesse contexto, seja na prevenção ou no cuidado, o modelo de atenção adotado é determinante para o sucesso das intervenções.

Como resposta ao enfrentamento das CC foram propostos referenciais voltados para os cuidados crônicos, desenvolvidas inicialmente pelo *Mac Coll Institute for Health Care Innovation*<sup>7</sup>. Esse referencial teórico foi adaptado para o contexto brasileiro, sendo nomeado como *Modelo de Atenção às Condições Crônicas* (MACC)<sup>8</sup>. E inclui componentes de dois outros modelos já sedimentados na literatura: Modelo da Pirâmide de Risco<sup>9</sup> e, Modelo de Determinação Social da Saúde<sup>10</sup>. O Modelo da Pirâmide de Risco, de Kaiser Permanente, propõe alinhar o cuidado a partir da estratificação de risco da CC, articulando a assistência em parceria com os usuários<sup>9-10</sup>. O Modelo de Determinação Social da Saúde enfatiza a necessidade da inclusão dos determinantes sociais de saúde no cuidado, tais como, as condições sociais e de trabalho, estilo de vida, redes sociais e comunitárias, além da condição cultural<sup>10-11</sup>.

O MACC é constituído em duas frentes de trabalho, o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de

atenção à saúde, as mudanças são realizadas na organização do cuidado, no desenho do sistema de prestação dos serviços, no apoio às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado. Na comunidade, as mudanças estão direcionadas para articulação dos serviços com os recursos comunitários. Ou seja, esse modelo, possibilita usuários informados e participativos e equipes de saúde mais preparada para o cuidado crônico<sup>8,10</sup>.

O MACC organiza o cuidado a partir dos princípios da territorialização, classificação e estratificação de risco considerando os determinantes sociais de saúde, assim como os riscos a que esta população está submetida e as intervenções possíveis organizadas em Rede, que são coordenadas pela APS no Sistema Único de Saúde (SUS).

A implantação do MACC no município de Santo Antônio do Monte (MG) ocorreu entre junho de 2013 a dezembro de 2014 e incluiu todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Centro de Especialidades, sendo, portanto, uma intervenção de base populacional. Desta forma, envolveu todos os profissionais da atenção primária e secundária e contemplou três condições crônicas: diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e assistência à gestante<sup>12</sup>.

O presente artigo baseia-se em um estudo longitudinal e representativo de toda a atenção primária e o centro especializado. Seu objetivo foi compreender, de acordo com a percepção dos profissionais, a capacidade do sistema de saúde de Santo Antônio do Monte (MG) em atuar nas condições crônicas antes e após uma intervenção no sistema de saúde utilizando o MACC, tendo a Atenção Primária a Saúde como ordenadora do cuidado.

## MÉTODOS |

Trata-se de um estudo observacional, longitudinal com avaliação antes e após uma intervenção no sistema de saúde no município de Santo Antônio do Monte (Samonte), em Minas Gerais, Brasil. O município possuía em 2013 uma população estimada de 27.556 habitantes, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) alto, igual a 0,724<sup>13</sup>. Grande parte da sua população vive na área urbana (85%), em domicílios com boas condições de saneamento e mortalidade infantil de 14,8 mortes por 1.000 nascidos vivos, em 2010<sup>14</sup>.

Na ocasião da intervenção pelo MACC, 92% da sua população estava coberta por oito unidades da Estratégia Saúde de Família (ESF), que incluía a área urbana e rural. A assistência médica também contava com uma unidade de atendimento secundário especializada, além de um Hospital Geral e uma Unidade de Pronto atendimento. Em função de sua alta cobertura da ESF e por desenvolver um trabalho ambulatorial especializado em CC, Samonte desempenha um papel de referência para uma microrregião de saúde, propiciando a escolha do município para a implementação do MACC<sup>15</sup>.

A intervenção baseou-se na mudança de processos de trabalho, envolvendo todos os profissionais de saúde da APS e do Centro Especializado. Teve foco em novas ferramentas e protocolos para o desenvolvimento de uma rede de cuidado longitudinal e integrada voltada para três CC: diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e assistência à gestante. O modelo propõe a introdução de macro e microprocessos na APS, implantados por meio de oficinas com todos os profissionais de saúde. Os macroprocessos foram o cadastramento das famílias, a territorialização, a classificação de risco familiar, a estratificação de risco individual, a implantação do sistema de triagem de Manchester nas UBS, a organização da agenda e a programação da marcação de consultas, e elaboração do plano de cuidado e autocuidado apoiado<sup>12</sup>.

Os microprocessos foram implementados por meio de processos operacionais padrão, como a recepção, controle de estoque, assistência farmacêutica, análises de rotina, procedimentos terapêuticos, práticas de higienização e esterilização, entre outros<sup>6,12</sup>. Em cada oficina, foi definido um cronograma de atividades e metas para as UBS, utilizando procedimentos padronizados. Os tutores, especialistas em políticas de saúde, desenvolveram um conjunto de protocolos e diretrizes clínicas a serem adotados, e um gerente de saúde foi designado e responsabilizado em cada serviço, a fim de garantir o sucesso dessas implementações, o envolvimento e a participação dos profissionais<sup>12</sup>.

A intervenção do Modelo foi implementada por meio da parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Governo do Estado de Minas Gerais-SES/MG e Prefeitura de Samonte. Para a compreensão da percepção dos profissionais referente ao sistema de saúde foram realizados nove grupos focais em 2013 (antes da intervenção) e nove em 2018 (cinco anos depois) incluindo

oito UBS e o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE). Todos os grupos foram moderados pelos pesquisadores, baseando-se no referencial teórico de grupos focais<sup>16</sup>. Foram elegíveis profissionais com tempo mínimo de 12 meses de atuação no serviço, exceto médicos para os quais foram considerados seis meses.

Para cada unidade de saúde, foi realizado um grupo focal, composto por médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foi garantido a participação de pelo menos um representante de cada categoria profissional, respeitando o número máximo de dez participantes por grupo, com exceção de duas UBS que participaram 12 profissionais na primeira etapa. Utilizou-se como roteiro dos grupos focais o instrumento de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (*Assessment of Chronic Illness Care, ACIC*), validado para o Brasil<sup>17</sup>. O ACIC avalia as sete dimensões do MACC, conforme descrito no Quadro 1.

As dimensões contemplam 36 questões que avaliaram conjuntamente as três condições crônicas em escala tipo *Likert*, com valores de 0 a 11. Todas as questões foram lidas pelo moderador e discutidas por todo o grupo. O moderador fomentava a discussão e, posteriormente, cada participante do grupo registrava sua avaliação de forma individual.

Utilizou-se um referencial teórico de natureza híbrida, contemplando as metodologias qualitativa e quantitativa. Essa abordagem integrativa possibilita o diálogo entre os resultados, ou seja, os números adquirem um sentido por meio das falas identificadas nas discussões dos grupos focais. Esse tipo de abordagem é uma importante ferramenta para a Saúde Pública na avaliação da qualidade dos serviços<sup>18</sup>.

Para o componente quantitativo, foram realizadas duas análises a partir da avaliação do ACIC, uma considerando todos os profissionais que estavam presentes em cada grupo focal (análise simples), e a outra incluindo somente aqueles que estavam presentes nos dois momentos de avaliação (análise emparelhada). A primeira nos permite avaliar em que medida os processos da APS estão de fato sendo absorvidos no serviço, independentemente de o profissional ter vivenciado a intervenção; enquanto a segunda mensura a mudança ocorrida nos dois momentos, considerando a perspectiva do mesmo profissional de saúde nos dois momentos.

Quadro 1 - Descrição das dimensões do instrumento de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (ACIC)

Dimensão	Itens avaliados
1. Organização da Atenção à Saúde	1. Estratégias para mudanças nos processos de cultura organizacional 2. Papel da liderança na gestão do cuidado e nos incentivos 3. Como os recursos humanos se articulam no processo de cuidado
2. Articulação com a Comunidade	1. Relação entre a Unidade de Saúde, os profissionais e os recursos comunitários, sinalizando como são estruturadas essas parcerias 2. O trabalho do ACS
3. Autocuidado Apoiado	1. A forma como o usuário entende e gerencia sua própria sua saúde e o envolvimento de seus familiares nesse processo
4. Suporte à Decisão	1. Introdução de diretrizes clínicas baseadas em evidências na prática cotidiana dos sistemas de atenção à saúde, como são compartilhadas e a educação permanente nesse processo
5. Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	1. Organização da agenda, o monitoramento e a continuidade do cuidado
6. Sistema de Informação Clínica	1. Utilização do prontuário clínico eletrônico 2. Uso de estratificação de risco 3. Organização das informações por meio de alertas e <i>feedbacks</i> 4. Elaboração de planos de cuidado às condições crônicas
7. Integração dos Componentes do MACC	1. Junção dos conteúdos abordados nas dimensões anteriores com intuito de mensurar sua integração

ACS: Agentes comunitários de saúde; MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Foi calculada a média das pontuações individuais de acordo com cada dimensão do ACIC. A capacidade institucional global foi obtida pelo somatório da pontuação de todas as dimensões dividido pelo número de dimensões, sendo classificada em quatro níveis: de 0 a 2 (limitada: nível D); de 3 a 5 (básica: nível C); de 6 a 8 (razoável: nível B); e de 9 a 11 (ótima: nível A). Os escores do instrumento nas duas etapas (antes e após) foram comparados utilizando-se estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e teste não paramétrico de Mann-Whitney U e Teste de Friedman. Na comparação, foram considerados estatisticamente significativos os resultados cujo p-valor  $\leq 0,05$ . Seguindo a proposta de análise integrativa, baseados nos relatos dos profissionais sobre as dimensões do instrumento ACIC produziu também o material para a análise qualitativa. Os relatos que emergiram em cada grupo foram gravados e transcritos, e os conteúdos submetidos à análise de conteúdo temática ou categorial<sup>19</sup>. As categorias de análise foram as sete dimensões do instrumento ACIC e, em cada dimensão foram identificados núcleos de sentido que revelavam as duas etapas da intervenção (antes, 2013 e após, 2018). Para manter o sigilo das informações, cada profissional de saúde recebeu uma codificação.

Os dados quantitativos foram analisados por meio do *software IBM SPSS Statistics 19*, enquanto para análise qualitativa não foi utilizado nenhum programa.

A investigação atendeu a Resolução 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), com o Parecer 369.942/2013. Os profissionais envolvidos nessa investigação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o qual assegura o sigilo e a confidencialidade dos dados.

## RESULTADOS |

Um total de 94 profissionais participaram dos grupos focais antes da implementação do MACC em 2013 e 82 em 2018. A maioria foi do sexo feminino, com ensino médio e casada, não havendo diferença estatisticamente significativa em relação a essas características nos dois momentos investigados. A maior parcela dos profissionais tinha entre 1 e 5 anos de serviço, foi observada diferença estatística na distribuição: enquanto em 2013 somente 28% dos participantes tinha menos de um ano de tempo de serviço, em 2018 esse percentual cai para 3,7% (Tabela 1).

Na Tabela 2 são apresentados os escores médios para cada dimensão e o escore médio global que avalia a capacidade institucional do município no manejo das CC. Esses resultados se referem à avaliação dos profissionais de saúde que participaram do grupo focal em 2013 e em 2018. A comparação dos escores do ACIC nos dois momentos evidenciou uma melhora substancial

da capacidade institucional dos serviços para o cuidado as condições crônicas. O escore global apresentou uma variação estatisticamente significativa, passando de 5,40, “capacidade básica”, para 9,38, “capacidade ótima”. Uma melhora também é observada quando a análise se

restringe aos 42 profissionais que participaram nos dois momentos da pesquisa (análise emparelhada). Nesse caso, o escore global varia de 5,14 (capacidade básica) para 8,76 (capacidade razoável), sendo essa mudança estatisticamente significativa (Tabela 3).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais de saúde, antes (2013) e após (2018) a implementação do MACC em Samonte, MG

Características	2013 (Antes) n = 94 (%)	2018 (Depois) n = 82 (%)	p-valor*
<b>Sexo</b>			<b>0,724</b>
Masculino	5 (5,3)	7 (8,5)	
Feminino	90 (94,7)	75 (91,5)	
<b>Idade Mediana (variância)</b>	<b>36 (139,3)</b>	<b>33,5 (122,85)</b>	<b>0,787</b>
<b>Estado civil</b>			<b>0,851</b>
Casado	61(64,9)	48(60,0)	
Solteiro	22 (23,4)	23(28,8)	
Outros	8 (8,8)	9(11,2)	
<b>Escolaridade</b>			<b>0,184</b>
Fundamental	8(9,3)	5(6,1)	
Ensino Médio	46 (53,5)	45(54,9)	
Ensino Superior	16(18,6)	24(29,3)	
Pós-graduação	16(18,6)	8(9,8)	
<b>Tempo atuação no serviço</b>			<b>0,001</b>
< 1 ano	24(28,0)	3(3,7)	
1-5 anos	43(44,1)	45(54,9)	
6 ou mais anos	26(28,0)	34(41,5)	

\*Teste Qui-Quadrado. Fonte: Elaborada pelas autoras, 2020.

Tabela 2 - Resultado da avaliação da Capacidade Institucional do Assessment of Chronic Illness Care (ACIC), antes da intervenção (2013) e após (2018), no município de Samonte, MG

Dimensões	Avaliação Mediana (variância)		p-valor*
	2013 (n = 94)	2018 (n = 82)	
1. Organização da Atenção à Saúde	6,33 (2,88)	9,33 (0,78)	< 0,001
2. Articulação com a comunidade	5,75 (2,16)	8,00 (4,09)	< 0,001
3. Autocuidado apoiado	6,50 (3,25)	9,75 (1,59)	<0,001
4. Suporte à decisão	4,75 (5,40)	9,36 (1,48)	< 0,001
5. Desenho do sistema de prestação de serviço	7,33 (2,09)	10,00 (0,46)	< 0,001
6. Sistema de informação clínica	4,50 (2,22)	10,00 (1,15)	< 0,001
7. Integração dos componentes do MACC	3,83 (5,82)	8,50 (0,94)	< 0,001
<b>Capacidade Institucional**</b>	<b>5,40 (1,34)</b>	<b>9,38(0,79)</b>	<b>&lt; 0,001</b>

\*P-valor para o Teste de Mann-Whitney U; \*\*Pontuações: 0-2 = Capacidade limitada; 3-5 = Capacidade básica; 6-8 = Capacidade razoável; 9-11 = Capacidade ótima. Fonte: Elaborada pelas autoras, 2020.

Tabela 3 - Análise pareada da avaliação da Capacidade Institucional do Assessment of Chronic Illness Care (ACIC), antes da intervenção (2013) e após (2018), no município de Samonte, MG

Dimensões	Avaliação Mediana (variância)		
	2013 (n = 94)	2018 (n = 82)	p-valor*
1. Organização da Atenção à Saúde	6,36 (2,19)	9,16 (0,98)	<0,01
2. Articulação com a comunidade	5,87 (1,77)	7,63 (5,33)	<b>0,281</b>
3. Autocuidado apoiado	6,00 (2,90)	9,50 (3,31)	<0,01
4. Suporte à decisão	4,50 (3,40)	8,75 (1,62)	<0,01
5. Desenho do sistema de prestação de serviço	7,16 (1,79)	9,83 (0,38)	<0,01
6. Sistema de informação clínica	4,83 (2,15)	9,92 (0,65)	<0,01
7. Integração dos componentes do MACC	3,70 (3,45)	8,08 (1,07)	<0,01
<b>Capacidade Institucional**</b>	<b>5,14 (0,86)</b>	<b>8,76 (0,98)</b>	<b>&lt;0,01</b>

\*P-valor para o Teste de Friedman; \*\*Pontuações: 0-2 = Capacidade limitada; 3-5 = Capacidade básica; 6-8 = Capacidade razoável; 9-11 = Capacidade ótima. Fonte: Elaborada pelas autoras, 2020.

As dimensões que apresentaram maior ganho com a implementação do modelo foram *Suporte à Decisão*, *Sistema de Informação Clínica* e *Integração dos Componentes do MACC*. Segundo a avaliação dos participantes, essas três dimensões antes da implantação do modelo apresentavam uma “capacidade básica”, passando para ótima após a intervenção (Tabela 2). Resultado similar é observado quando a análise é realizada considerando apenas os profissionais que estiveram presentes em todo o processo (Tabela 3). Para a dimensão *Articulação com a Comunidade*, a melhora não foi tão acentuada e o escore obtido após a intervenção é o mais baixo, evidenciando que o município ainda não conseguiu se articular de forma sistemática com outras estratégias presentes na comunidade. Considerando todos os entrevistados, apesar da variação ser estatisticamente significativa, essa dimensão obteve o menor escore em 2018, igual a 8,00. Na avaliação dos profissionais que estiveram presentes em todo o processo, o escore médio dessa dimensão variou de 5,87 para 7,63, sendo essa diferença não significativa estatisticamente ( $p>0,281$ ) (Tabela 3).

A avaliação qualitativa que emergiu no grupo focal foi concordante com avaliação quantitativa por meio dos escores. Para a dimensão *Organização da Atenção à Saúde*, observou-se uma evolução no escore de 6,33 para 9,33. Segundo os relatos, antes da implantação do MACC, não havia um envolvimento efetivo da liderança organizacional. Os profissionais não eram motivados, não havia planejamento da assistência e metas a serem cumpridas. “Organizar, planejar melhor, mas, assim, a gente não tinha

como [...] Não era uma coisa sistemática, não tínhamos treinamentos e incentivos” (U9). Após a intervenção, na percepção dos profissionais, aumentou o compromisso e envolvimento da liderança.

*Agora eles estão investindo na gente, igual nossa unidade nós somos contemplados com os tablets, aí a gente consegue monitorar criança, hipertenso e diabético” (U4). “A questão da liderança também faz muita diferença, todos os meses a nossa cobra de nós as metas, né, de vacinação, de acompanhamento de hipertenso, diabéticos (U7).*

A dimensão que avalia a *Articulação com a Comunidade*, apresentou a menor evolução dos escores, antes da intervenção com escore de 5,75 evoluindo para 8,00. Os profissionais relataram que essa articulação não acontecia de forma contínua antes do MACC, não havia um planejamento de atividades envolvendo parcerias. “Sempre que precisava desse apoio comunitário, a gente tinha, mas não existia isso na rotina. O apoio existia, mas era limitado” (U6). O Conselho Municipal de Saúde, na percepção dos profissionais, tinha sua atuação desconhecida: “não tínhamos interação. O que era tomado de partida do Conselho ficava por lá. Não sabíamos de nada” (U2). Após a implantação do Modelo, essa articulação permanece acontecendo somente conforme necessidade. Os profissionais não perceberam avanços nem mesmo em relação ao Conselho Municipal de Saúde. “A gente sabe que ele existe, mas é como se nem existisse, a gente não sabe nada do que eles decidem” (U9). As parcerias comunitárias continuam de forma pontual, “quando a gente precisa, vai na igreja e pede o padre para avisar na missa domingo a

campanha de vacina” (U6). Ainda, “a comunidade ajuda quando a gente pede, conta que é ACS e precisa de alguma coisa, naquela situação ajuda, tipo quando vai fazer festa junina no bairro, eles emprestam o salão de festas” (U6).

O papel dos ACS foi amplamente discutido nos grupos. Antes da implantação do MACC, eles estavam atentos às condições crônicas, mas não seguiam as diretrizes clínicas de forma regular e padronizada. “A gente fica apagando fogo, não tem um planejamento, uma organização, a gente trabalha, mas é assim” (U7). Após a intervenção, relataram avanços no cuidado:

*[...] é isso aí, agora a gente segue a agenda, a diretriz, né, tudo que nos é passado (U8).*

*Tudo é tudo documentado, planejado, acompanha as famílias, a gente tem a meta de 95% das famílias para acompanhamento. E a gente tem essa coisa proativa direto com o paciente também, não veio na Unidade, a gente vai atrás, a gente faz busca ativa mesmo (U4).*

Na percepção dos profissionais, a dimensão do *Autocuidado Apoiado* avançou, passando de um escore de 6,50 para 9,75 após a intervenção. Os relatos dos profissionais apontam que, antes da implementação do Modelo, o autocuidado acontecia, mas não era fundamentado como no MACC. “A gente incentiva o autocuidado, fala com o usuário, mas não tem um planejamento” (U9). Após a implantação do modelo, os profissionais perceberam avanços. “Com as oficinas aprendemos que temos que explicar para os usuários o que eles vão fazer pra cuidar da sua saúde, que tem um plano de cuidado e vem funcionando esse tempo todo” (U6). “No autocuidado a gente tem que chamar a família, trazer eles pro nosso time, como se diz, por isso que tem que falar com eles, tem que contar tudo o médico passou, como estão os exames” (U1). Avanços também foram observados no *Suporte à Decisão*, com o escore médio aumentando de 4,75 para 9,36. Antes da intervenção, as diretrizes clínicas estavam disponíveis para a maioria da equipe, mas não havia capacitação. “A gente tinha as linhas guias... embasamento teórico também, mas não havia uma capacitação para nós, não tinha uma orientação quanto a elas” (U2). Após o MACC, os relatos apontam a existência de diretrizes clínicas que foram implementadas por meio da educação permanente dos profissionais. “A gente tem reuniões, estuda as linhas guias, aí a gente, esses casos mais complicados de cada área, discute em equipe, até mesmo para montar uma estratégia nova, um protocolo para seguir (U4)”. A educação permanente foi assegurada

na implantação do Modelo, “é tudo apresentado através de treinamento, a sua classificação, que é hipertenso, por exemplo, de baixo, médio risco... então assim, a gente tem uma diretriz e em cima dela constrói uma meta, um planejamento e funciona” (U5).

A Dimensão *Desenho da Prestação de Serviço* obteve, três anos após a intervenção, o escore 10,00. Ressalta-se, contudo, que essa dimensão já era a mais bem avaliada, com escore médio de 7,33 antes da intervenção. No entanto, havia ainda algumas dificuldades, como relatado pelos profissionais. Antes do MACC, “A atenção programada para as condições crônicas não era praticada, a gente apaga os incêndios” (U8). Sobre a continuidade do cuidado, relataram que “dependia de comunicação escrita entre os profissionais e do trabalho dos ACS, junto aos usuários crônicos descompensados, o que era feito quase sempre por voluntariedade do pessoal da Unidade” (U2). Na percepção dos profissionais a intervenção organizou o processo de cuidado, considerando a agenda programada e definição de papéis na equipe.

*Agora tudo é programado, inclusive nossa agenda para a gestante, hipertenso, diabético... a equipe agora sabe o que cada um vai fazer, ajuda muito uns aos outros, mas cada um fica responsável pela sua parte no trabalho (U4).*

Outra dimensão que obteve avanço na pontuação após a implementação do modelo foi o *Sistema de Informação Clínica*. Antes da intervenção, o escore médio dessa dimensão era 4,50. Segundo os profissionais, não havia prontuário eletrônico, sendo utilizadas fichas para registro dos usuários e alguma informação de risco. “O prontuário estava disponível lá, com nome, diagnóstico, formação e contato, mas não dava para identificar por categorias ou grupos de risco” (U2). Após o MACC, o prontuário eletrônico foi implementado, permitindo a atenção integral, com a identificação das subpopulações relevantes em função de riscos.

*Agora já temos o prontuário eletrônico funcionando, está disponível e com os dados do usuário e de toda a família junto. Mostra relatórios, se é diabético, se é alto risco, ajuda demais no nosso dia a dia essas informações, tem os alertas, tudo agora é informatizado (U1).*

A dimensão referente à *Integração dos Componentes do MACC* teve um aumento expressivo, com escore médio evoluindo de 3,83 para 8,50. Após a intervenção, os profissionais relataram mudanças importantes,

*[...] tudo mudou, trabalhamos de forma diferente, a gente entendendo o processo fica mais fácil de explicar para o usuário como ele mesmo pode cuidar da sua doença, que ele tem de ser responsável pelo seu cuidado também, o nosso envolvimento é outro. A gente chama a família também quando precisa, explica tudo e é ótimo porque eles nos ajudam muito. Hoje, tudo que a gente faz já é pensando em uma estratégia, um planejamento, é muito diferente de antes (U1).*

## DISCUSSÃO |

O presente trabalho foi uma oportunidade de compreender, na percepção dos profissionais, a implementação do MACC em um município brasileiro de pequeno porte, cuja intervenção incluiu todas as unidades de saúde do municípios, diferente de outros estudos conduzidos até o presente momento, onde a intervenção ocorreu de forma seccional<sup>20</sup> ou restrita a algumas unidades de saúde<sup>21-22</sup>. Os principais achados mostram que ocorreu um avanço importante na capacidade institucional do município para o cuidado das CC. Mais ainda, a experiência de Samonte mostra a viabilidade de implementação do MACC na lógica de organização da APS no SUS. O MACC organiza o cuidado a partir dos princípios da territorialização, classificação e estratificação do risco que estão alinhados à lógica de organização da APS no Brasil<sup>12</sup>.

O presente estudo faz parte de uma avaliação mais ampla que incluiu resultados clínicos e de acesso aos serviços de saúde, mudança de processos e satisfação da população<sup>12,23</sup>. Os autores mostram que a implementação do MACC resultou em ampliação da cobertura de classificação de risco familiar e estratificação de risco individual. A estratificação de risco individual permitiu às ESF rastrear os pacientes para que eles recebam tratamento em diferentes níveis de atenção. Em relação ao acesso aos serviços, houve um incremento significativo tanto na proporção de consultas realizadas quanto na proporção de exames de glicohemoglobina e perfil lipídico registrados nos prontuários de indivíduos com diabetes. Esses achados corroboram os resultados do presente estudo que reconhece a implementação do MACC como organizador do cuidado às CC na APS de Samonte<sup>12</sup>.

Os escores do ACIC mostrou evolução em todas as dimensões. A intervenção proporcionou mudanças no planejamento da assistência, assim como na motivação dos profissionais. Um ponto importante na dimensão da

*Organização a atenção a Saúde* é o papel da liderança concretizado na figura dos gerentes das UBS que foram introduzidos a partir da intervenção. Esses profissionais ganharam destaque na percepção dos profissionais, que relataram incentivos e investimentos, principalmente em capacitação e organização de material de informação, promovendo modificações na forma de provimento do cuidado.

Após o MACC, o interesse da liderança organizacional se tornou parte dos planos estratégicos com avanços significativos, uma vez que estes passaram a monitorar e rever as metas de trabalho periodicamente. Esse interesse foi fundamental para a organização da agenda programada, sendo percebida pelos profissionais em todas as unidades. A demanda programada proporciona ao usuário o acesso organizado, estabelecendo a oportunidade para o cuidado integral. Segundo Viana *et al.*<sup>24</sup>, o efetivo papel da liderança e o planejamento da assistência, assim como recursos humanos motivados são elementos importantes para a gestão do cuidado integral adequado ao funcionamento da rede de cuidados crônicos.

A implantação do MACC proporcionou também a introdução de novas ferramentas e protocolos para o desenvolvimento do cuidado longitudinal e integrado. Observou-se em Samonte um aumento significativo no escore da dimensão *Suporte à Decisão*, reforçando a importância da educação em saúde e o compartilhamento de conhecimento. Dentre os macroprocessos implementados, ressaltam-se as diretrizes clínicas que têm papel fundamental na normatização do processo de cuidado. Em Samonte, a implementação desses macroprocessos ocorreu por meio de oficinas, onde as diretrizes clínicas foram discutidas entre os profissionais, proporcionando melhor entendimento do processo de cuidado prestado.

A capacitação permanente foi relatada pelos profissionais como um avanço que fez diferença na prestação do cuidado, tornando-os mais preparados para atuação. A importância da capacitação dos profissionais de saúde já tem sido demonstrada por diversos estudos, mas por si só não é totalmente resolutive, sendo fundamental o planejamento e a pesquisa sobre as necessidades dos atores envolvidos, sejam trabalhadores ou usuários<sup>25</sup>.

O relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário é outro aspecto fundamental no provimento do cuidado na APS. Essa proximidade foi mencionada pelos profissionais, sendo apontada como um diferencial no cuidado. Segundo

os relatos, os usuários passaram a ter contato direto com os profissionais não apenas na própria Unidade, mas também por outros meios de comunicação, como telefone e aplicativos de mensagens como o *WhatsApp*. Após a intervenção, ficou evidente a disponibilidade dos profissionais em acolher as demandas dos usuários, dentre elas, agendamento, realização de consulta, solicitação de receita ou busca de algum tipo de orientação.

Os achados na dimensão *Autocuidado Apoiado* reforçam as mudanças no acolhimento das necessidades dos pacientes. Foram realizados grupos visando a mudança de comportamento e o empoderamento sobre a condição crônica e consequentemente maior responsabilização dos pacientes. O envolvimento das famílias esteve presente nas falas dos profissionais. Para Santos *et al.*<sup>26</sup>, as práticas em saúde que valorizam a sabedoria dos atores envolvidos, o usuário e sua família, em busca de um saber-fazer comum, são atitudes de envolvimento na construção da responsabilidade pelo autocuidado. O papel dos ACS nesse processo e no acolhimento da demanda do usuário é determinante no cuidado da condição crônica. No modelo de APS do SUS, os ACS representam a ponte entre os usuários e o sistema de saúde na medida em que frequentam seus domicílios e fazem parte da comunidade<sup>27</sup>.

Na dimensão *Sistema de Informação Clínica*, o principal avanço observado pelos profissionais se deveu à introdução do macroprocesso da estratificação de risco, que possibilitou a organização do atendimento conforme a complexidade e a necessidade de cuidado. Com a introdução do prontuário clínico, foi possível compilar as informações de todos os usuários da UBS, contribuindo para o planejamento das ações de saúde e o provimento de um cuidado longitudinal em uma população estratificada. Alguns autores colocam o prontuário como elemento fundamental no processo de cuidado, tanto para a identificação das subpopulações por estratificação de riscos, como também para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde<sup>28</sup>.

A única dimensão que apresentou fragilidades na implementação do MACC em Samonte foi *Articulação com a Comunidade*, que, segundo Mendes *et al.*<sup>15</sup>, são estratégias e estímulos importantes no processo de produção de saúde. Os profissionais relataram falta de articulação do sistema de saúde com a comunidade e com o Conselho Municipal de Saúde, enfatizando que essa integração ocorre apenas para atender a demandas eventuais como, por exemplo, organização de campanhas e festas.

Além de Samonte, o ACIC já foi utilizado em dois outros municípios brasileiros. Em Curitiba, o MACC foi implantado em apenas uma UBS e os resultados não foram positivos, sendo verificada redução nos escores em seis das sete dimensões avaliadas<sup>21</sup>. O insucesso dessa experiência, é justificado pela mudança de gestão e alteração na composição das equipes de saúde. Em Samonte, assim como em Curitiba, a intervenção teve uma importante limitação, a rotatividade dos profissionais. No presente estudo, em 2014-2015 ocorreu um processo seletivo para profissionais da APS e, como consequência, diversos desses que haviam sido previamente capacitados para a implantação do MACC foram desligados da assistência. Nos municípios brasileiros, principalmente nos de pequeno porte, observa-se, em geral, grande rotatividade da mão de obra empregada na saúde, seja por restrições orçamentárias, seja por descontinuidade política.

Em Campo Grande (MS), o instrumento foi utilizado para avaliar a APS do município e constituir a linha de base da avaliação. Os resultados obtidos mostraram que o município apresentava capacidade institucional “razoável” para o manejo das condições crônicas, embora a dimensão de *Sistema de Informação Clínica* tenha apresentado capacidade “básica”<sup>20</sup>, similar ao observado em Samonte no momento da implantação do MACC. A experiência de implantação do MACC não se restringe ao Brasil. Esse referencial teórico apresentou resultados positivos, inclusive em países com sistemas de saúde diversificados. Na China foi verificada redução na pressão arterial, melhora na qualidade de vida relacionada à saúde, e diminuição na taxa de hospitalização relacionada à hipertensão<sup>29</sup>. Nos Estados Unidos, sistema majoritariamente privado, com a implementação do MACC foram observadas reduções nos níveis de glicohemoglobina, colesterol e pressão arterial<sup>30-31</sup>.

Esse estudo apresenta pontos fortes a serem discutidos, o primeiro é a natureza da intervenção, que ocorreu de forma ampla no sistema de saúde do município em questão, diferentemente de outras investigações<sup>20-22</sup>. A segunda trata-se do método de análise com integração entre as abordagens quantitativa e qualitativa, tendência em alta nas avaliações em saúde<sup>32</sup>. Essa abordagem integrativa permitiu a sustentação dos achados quantitativos, considerando que não foi identificada nenhuma divergência entre os resultados por meio dos dois métodos.

Após a intervenção em Samonte, o MACC tem sido referência para outras realidades, sendo implementado

de forma sistemática no SUS, por meio do Projeto *Planificação da Atenção Primária à Saúde* desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em parceria com as Secretarias Estaduais<sup>33</sup>. Essa iniciativa é importante para o fortalecimento da atenção primária no país, permitindo que esta esteja integrada à rede de cuidado crônico. Desde 1994, o Brasil vivenciou uma expansão da cobertura da APS, sendo agora necessário estabelecer políticas de melhoria na qualidade desse atendimento. O MACC é, sem dúvida, uma estratégia possível para esse fortalecimento.

## CONCLUSÃO |

A intervenção do MACC em Santo Antônio do Monte foi uma experiência-piloto, complexa e que compreendeu a incorporação de diferentes ferramentas na gestão da atenção à saúde. O estudo foi uma oportunidade inédita de avaliação da capacidade institucional de implementar o MACC a partir da percepção dos profissionais. O estudo traz elementos importantes em um município de pequeno porte brasileiro, contribuindo assim para novas experiências de implementação do modelo. A adoção desse modelo em outros municípios só foi possível devido à experiência de Samonte, que gerou, inclusive, diversos instrumentos e planilhas de avaliação e acompanhamento. Mesmo diante das dificuldades, o modelo se mostrou viável mostrando avanços significativos no manejo das condições crônicas.

## REFERÊNCIAS |

1. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(4):599-608.
2. World Health Organization. Tackling NCDs [Internet]. Geneva: WHO; 2017.
3. Budnik LT, Adam B, Albin M, Banelli B, Baur X, Belpoggi F, et al. Diagnosis, monitoring and prevention of exposure-related non-communicable diseases in the living and working environment: DiMoPEX-project is designed to determine the impacts of environmental exposure on human health. *J Occup Med Toxicol*. 2018;13(6):1-22.
4. Baldoni NR, Aquino JA, Sanches-Giraud C, Oliveira CDL, Figueiredo RC, Cardoso CS, et al. Collective empowerment strategies for patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes*. 2017;11(2):201-11.
5. Aquino JA, Baldoni NR, Flôr CR, Sanches-Giraud C, Oliveira CL, Alves GCS, et al. Effectiveness of individual strategies for the empowerment of patients with diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis. *Prim Care Diabetes*. 2018;12(2):97-110.
6. Mendes EV. Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System. *Cien Saúde Coletiva*. 2018;23(2):431-6.
7. Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.
8. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2012.
9. Porter M, Kellog M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Rev Innovación Sanit y Atención Integr*. 2008;1(1).
10. Mendes EV. Desafios dos SUS. Brasília: CONASS; 2019.
11. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. *Institute for Futures Studies*; 2007.
12. Andrade MV, Noronha K, Cardoso CS, Oliveira CDL, Calazans JA, Souza MN. Challenges and lessons from a primary care intervention in a Brazilian municipality. *Rev Saude Publica*. 2019;53(45):1-11.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama das cidades. 2018.
14. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília: Fundação João Pinheiro; 2013.
15. Mendes EV, Cataneli RCB, Nicoletti RHA, Kemper ES, Quintino ND, Matos MAB, et al. Integrated care in

the unified health system of Brazil: the laboratory for innovation in chronic conditions in Santo Antônio do Monte. *Int J Healthc Manag.* 2018;116-22.

16. KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicol Rev.* 2004;10(15):124-36.

17. Moysés ST, Filho ADS, Moysés SJ. Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: OPAS; 2012.

18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.

19. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2016.

20. Costa KC, Cazola LHO, Tamaki EM. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. *Saúde Debate.* 2016;40(108):106-17.

21. Schwab GL, Moysés ST, Kusma SZ, Ignácio SA, Moysés SJ. Percepção de inovações na atenção às doenças/ condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. *Saúde Debate.* 2014;38(esp):307-18.

22. Silocchi C, Junges JRM, Martino A. Comparative study of innovations on chronic conditions in primary health care in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, and Ferrara, Italy. *Saude Soc.* 2019;29(1):e190633.

23. Andrade MV, Noronha K, Cardoso CS, Oliveira CDI, Rodrigues CM, Calazans JA, et al. Avaliação do laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, Brasil. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFSJ; 2016.

24. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Filho ADN, Medina MG. Regionalization and Health Networks. *Cien Saúde Coletiva.* 2018;23(6):1791-8.

25. Silva LAA, Soder RM, Petry L, Oliveira IC. Permanent education in primary health care: perception of local health managers. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(1):e58779.

26. Santos PFB, Souza LM, Medeiros ER, Bispo WF, Wesp LHS, Pinto ESG. Integralidade na perspectiva dos usuários

da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2018;20(3):95-102.

27. Baudini AP, Costa MC, Silva EB, Honnef F, Arboit J. Ações de educação em saúde no processo de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2019;21(4):100-9.

28. Bitencourt JJG, Conceição SMP, Ribeiro RM. Anotações de Enfermagem: teoria e prática. São Paulo: Eureka; 2017.

29. Zhang Y, Tang W, Zhang Y, Liu L, Zhang L. Effects of integrated chronic care models on hypertension outcomes and spending: a multi-town clustered randomized trial in China. *BMC Public Health.* 2017;17(244):1-11.

30. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff.* 2009;28(1):75-85.

31. Stelfson M, Dipnarine K, Stopka C. The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:1-21.

32. Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. *Texto contexto - enferm.* 2017;26(3):e1590016.

33. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção de Saúde. Brasília: CONASS; 2015.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Cláudia Ferreira Melo Rodrigues**

*Rua Espírito Santo, 684, apto. 403,*

*Vila Belo Horizonte, Divinópolis/MG, Brasil*

*CEP: 35500-030*

*E-mail: melo.claudia@botmail.com*

Recebido em: 22/06/2020

Aceito em: 22/12/2020