

PERCEPÇÕES DA APLICAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO PARANÁ, BRASIL

 <https://doi.org/10.56238/arev6n2-158>

Data de submissão: 17/09/2024

Data de publicação: 17/10/2024

Jéssica Oliveira de Lima

Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Email: jeholima@gmail.com

Giseli da Rocha

Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Rosiane Aparecida da Silva

Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Sidneya Marques Svierdovski

Bacharel em Enfermagem
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Caren Cristiane Muraro

Mestranda em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Mariane Rodrigues de Melo

Mestranda em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Edileuza de Fátima Rosina Nardi

Doutora em Enfermagem
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Solena Ziemer Kusma Fidalski

Doutora em Odontologia
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

RESUMO

O modelo de atenção à saúde vigente para usuários com condições crônicas no Sistema Único de Saúde precisa ser transformado. No Paraná, existem estratégias de educação permanente e cofinanciamento de serviços com foco no Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que analisou as percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada sobre a implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Foram realizados 4 grupos focais, com a participação de 37 profissionais, as discussões permearam os processos de trabalho sob a perspectiva da análise temática. Nas falas se

identificou elementos como a estratificação de risco da condição de saúde, a organização dos atendimentos e aproximação das equipes. A elaboração do plano de cuidados é incipiente devido à incompreensão de profissionais e usuários sobre a ferramenta. Nas unidades de saúde o acesso ocorre na lógica do atendimento agudo, e o compartilhamento do cuidado por intermédio de centrais de regulação. Estratégias de educação permanente, políticas públicas estruturadas e financiamento específico são propulsores para a consolidação do Modelo.

Palavras-chave: Modelos de Atenção, Condição Crônica, Atenção Primária à Saúde, Assistência Ambulatorial.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas ocorreram importantes variações nos padrões de morbi-mortalidade da população a nível mundial, devido às transições demográficas e epidemiológicas, com diminuição do predomínio das doenças infecciosas e maior prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Existem diferentes modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas nos sistemas de saúde públicos e privados no mundo^{2,3}. Para oferecer um cuidado efetivo e eficaz à população, é necessário organizar a oferta de serviços em saúde para suprir a demanda por atendimento tanto das condições agudas como das condições crônicas, equilibrando a intensidade do cuidado ofertado, de acordo com as necessidades da população e do território de responsabilidade sanitária.

As DCNT incluem as doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias, doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes mellitus, e constituem o principal grupo de causa de morte no mundo. No Brasil, em 2019, foram registrados 738.371 óbitos por DCNT, sendo que 41,8% destes óbitos ocorreram prematuramente, entre 30 e 69 anos de idade, representando uma taxa de mortalidade de 275,5 óbitos a cada 100 mil habitantes.

Considerando os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desafio de um sistema universal de saúde em país continental como o Brasil, com desigualdades de oferta e acesso aos serviços de saúde nas diferentes regiões de saúde, é premente a mudança do modelo de atenção à Saúde^{2,4}. Atualmente, o modelo vigente ainda está organizado predominantemente para atendimento das condições agudas e eventos agudos, sendo necessário avançar para um sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde da pessoa.

Em 2011, um sanitarista brasileiro propôs um modelo de atenção que considerasse as peculiaridades das condições de saúde da população brasileira, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)². Esse modelo se baseia nos modelos da Determinação Social da Saúde, nos elementos do Modelo da Atenção Crônica (CCM), e na proposta da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente.

No Paraná, desde 2014, o MACC é preconizado para atendimento de usuários nas Linhas de Cuidado estabelecidas no estado. As linhas de cuidado buscam descrever o itinerário do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de melhorar a resolutividade do atendimento, com base na estratificação de risco da população, que direciona a intensidade do cuidado e local prioritário para atendimento adequado na RAS. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) representam as condições crônicas que impactam na qualidade de vida de grande parte da população paranaense, gerando incapacidades e anos de vida perdidos, o que exige esforços da saúde pública no âmbito municipal, estadual e federal para garantir o cuidado da população acometida.

No âmbito da gestão estadual do SUS do Paraná são desenvolvidas estratégias para impulsionar a mudança do modelo assistencial vigente para o cuidado às pessoas com condições crônicas, com foco na educação permanente dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), e no co-financiamento dos ambulatórios especializados que atendem as Linhas de Cuidado da HAS e DM, que para fazer jus ao recurso financeiro disponibilizado, precisam organizar o atendimento com foco na implementação do MACC.

Diante desse contexto, é relevante a incorporação de evidências científicas na prática clínica, na tentativa de reduzir a lacuna entre a investigação científica e a prática profissional, com a integração do conhecimento e da prática rotineira dos serviços de saúde para promover a qualidade e a eficácia dos cuidados em saúde. Portanto, analisar a implementação de políticas públicas no contexto do SUS é primordial para avaliar o desempenho das intervenções em todos os níveis de gestão, contribuindo com reflexões aplicadas à prática.

Sendo assim, considerando a necessidade de identificar o impacto das estratégias implementadas no Paraná, de mudança de modelo de atenção ofertado à população que convive com condições crônicas, essa pesquisa tem como objetivo analisar as percepções dos profissionais de saúde da APS e AAE sobre a implementação do MACC.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Foram realizados 4 (quatro) grupos focais presenciais, mediados por um roteiro semiestruturado, conduzidos por 2 pesquisadoras, onde buscou-se coletar informações sobre como a implementação do MACC é entregue à população alvo, no caso usuários com HAS e DM, sob a perspectiva dos profissionais da APS e AAE.

Os grupos foram executados entre os meses de abril e julho de 2023, em duas Unidades da APS e dois serviços da AAE geridos por Consórcios Intermunicipais de Saúde, nos municípios de Apucarana, Piraquara e São José dos Pinhais, no estado do Paraná. Esses estabelecimentos de saúde foram incluídos na pesquisa por estarem localizados em duas diferentes macrorregiões de saúde do Paraná, sendo na macrorregião norte o município de Apucarana, e na macrorregião leste os municípios de São José dos Pinhais e Piraquara. Além disso, foram selecionados os serviços de saúde que na ocasião da coleta de dados prestavam atendimento aos usuários das Linhas de Cuidado da HAS e DM.

O tipo de amostragem utilizada foi por conveniência, e os participantes foram os profissionais de saúde de nível médio e superior das Unidades da APS e serviços da AAE, com tempo mínimo de 06 meses de atuação no serviço. Os grupos focais foram executados nos locais de trabalho dos

profissionais de saúde, que concordaram em participar do estudo, após assinatura do TCLE, o qual assegura o sigilo e a confidencialidade dos dados. Participaram enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, odontólogos, agentes comunitários de saúde, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e assistentes sociais que atuavam nos locais de pesquisa, de acordo com a composição das equipes da APS e AAE, cenários do estudo. Não houve recusa por parte dos profissionais em participar da pesquisa.

O roteiro semiestruturado utilizado nas discussões dos grupos focais foi composto por seis (6) questões subjetivas, que proporcionaram aos participantes expressar percepções sobre a interação entre os profissionais de saúde do mesmo serviço e com outros pontos da RAS, as facilidades e fragilidades encontradas para realizar os atendimentos conforme o MACC, e qual a percepção dos profissionais sobre a participação do usuário no seu próprio cuidado.

Durante a execução de cada grupo, ocorreu a gravação das discussões em áudio por meio de gravador de voz e captura de vídeo pela plataforma de videoconferência Zoom®. Os áudios foram transcritos e o produto das transcrições foram transformados em arquivos de texto e revisados através do software editor de texto. As transcrições foram analisadas por meio de análise temática, na perspectiva de Minayo, Deslandes, Gomes.

Este artigo emergiu dos resultados alcançados na pesquisa intitulada “Implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada sob a percepção dos profissionais de saúde”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná sob o CAAE nº 64814622.1.0000.0102. Foram observados todos os aspectos éticos previstos nas Resoluções nº466/2012 e nº 510/2016.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram trinta e sete (37) profissionais de saúde, sendo dezenove (19) deles da APS (51,3%), e dezoito (18) da AAE (48,7%). Cada grupo focal teve duração média de 54 minutos, totalizando 3 horas e 37 minutos de discussão sobre a temática. Do total de participantes do estudo, trinta e quatro (34) possuíam formação acadêmica de nível superior na área da saúde, e três (3) participantes com ensino médio completo. Em relação ao sexo dos participantes, na APS quatorze (14) profissionais de saúde eram do sexo feminino e cinco (5) do sexo masculino. Na AAE, treze (13) profissionais do sexo feminino e cinco (5) do sexo masculino. O tempo médio de término de formação acadêmica dos participantes foi de 5 a 10 anos.

Após minuciosa transcrição e releituras dos produtos dos grupos focais, ocorreu a análise vertical dos dados, que consiste na avaliação da fala individual de cada participante. Na sequência, foi

realizada a análise horizontal do material, por meio da identificação de elementos comuns em falas de diferentes participantes. A partir disso, foi possível identificar uma principal temática, relacionada aos processos de trabalho na APS e AAE com foco no MACC. Desse tema central, emergiram 3 núcleos de sentido: 1) Acesso e organização dos atendimentos; 2) Plano de cuidados e a atuação da equipe multiprofissional; 3) Educação permanente voltada aos processos de trabalho na APS e AAE.

4 ACESSO E ORGANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS NA APS E AAE

O acesso dos usuários aos serviços de saúde é uma temática amplamente discutida na literatura, considerando as peculiaridades dos sistemas universais de saúde e a variedade de formas de acesso que um sistema pode proporcionar¹⁵. Está relacionado com a forma de entrada dos usuários nos serviços de saúde, bem como sua continuidade da atenção dentro do sistema. No Brasil, considerando os pressupostos do SUS, a APS é a principal porta de entrada do usuário ao sistema, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenação do usuário na RAS^{16,17}.

De acordo com Brasil¹⁶ (2017), garantir o acesso de primeiro contato do usuário com o sistema é um atributo essencial para a APS, como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das emergências e urgências, quando a população e a equipe identifica a APS como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde.

Sendo assim, faz parte da rotina de trabalho das equipes de APS a presença de demanda espontânea, que se trata dos usuários que procuram o serviço por livre demanda, em caso de necessidade, e o ato de acolhê-lo, quando procura esse nível de atenção. O acolhimento é preconizado pela Política Nacional de Humanização¹⁸ (2013) como uma alternativa para atender a necessidade apresentada pelo usuário, para reorganizar o processo de trabalho da equipe e superar o modelo biomédico de saúde, retirando o foco no atendimento do profissional médico apenas, para envolvimento da equipe da APS nesse processo de acolher¹⁹.

Um dos maiores desafios da APS é organizar as formas de acesso, equilibrando as necessidades oriundas das condições agudas e crônicas¹⁹. Nos grupos focais da APS, nas falas dos participantes do estudo, fica evidente que a procura por atendimento ocorre de forma predominante por demanda espontânea, na busca por acolhimento, e que a programação do atendimento às condições crônicas é voltada para a agenda do profissional médico, para grupos específicos:

A gente consegue fazer mais agenda para o médico [...] porque o acolhimento só o enfermeiro pode fazer [...] tá com um movimento que a gente não está conseguindo resolver, entendeu? tem o pessoal da dor de garganta, tem o pessoal da lombalgia crônica, tem o descompensado [...] a gente fica a maior parte do tempo no acolhimento [...] (P13.APS, enfermeira)

[...] a gente tenta separar um espaço na agenda específico pra crônicos, hipertensos e diabéticos, acaba que é muito mais do que [...] acaba que no meio da consulta das gestantes, tem o hipertenso e diabético (P15.APS, médica)

No Brasil, é comum na APS o modelo de agendamento temático futuro, como organização de seu fluxo de atendimento, para acesso de grupos específicos, como: gestantes, crianças, idosos, hipertensos e diabéticos, excluindo boa parte da população de seu território que não se enquadra em um grupo, e quando necessitam de fato por um atendimento, acabam se deparando com a dificuldade de acesso^{16,20}. Importante destacar que agendamentos com datas posteriores favorecem o absenteísmo e dificultam o cuidado, restringindo o acesso a quem realmente necessita.

Preconiza-se que a equipe da APS organize a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. É necessária a garantia do acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado para as condições crônicas¹⁶. A carteira de serviços da APS é ampla, e as ofertas de consultas, exames e procedimentos precisam ser programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades individuais de cada usuário.

A fala dos participantes corroboram na identificação de ausência ou frágil programação das agendas para atendimento de usuários com condições crônicas, e em especial com HAS e DM. Identificam-se nas falas atendimentos reativos e episódicos, voltados predominantemente para condições agudas e agudização das condições crônicas:

Diabéticos é bem comum vir, né? pra manejar no acolhimento [...] A gente tem as agendas, né? A gente tem os dias que fazem agendamentos pros pacientes virem com consultas agendadas, mas eles também vêm no acolhimento [...] (P13.APS, enfermeira)

[...] Mas eu tento conversar bastante com os pacientes quando eles vêm descompensados no acolhimento [...] (P14.APS, médica)

[...] Até no acolhimento, quando os crônicos passam no acolhimento, a gente já vê no prontuário se tem exames recentes, se não tem a gente já solicita e daí já agenda [...] (P17.APS, enfermeira)

Mendes (2019) discorre que um dos grandes problemas dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos está em responder às condições crônicas não agudizadas por meio do modelo do atendimento às condições agudas. Um modelo de atenção focado predominantemente na demanda espontânea e acolhimento de casos agudos e agudização das condições crônicas não é efetivo para estabilização da condição de saúde, e em especial, das condições crônicas. A organização dos atendimentos centrados de forma predominante na atenção não programada é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas.

No MACC se preconiza a estratificação de risco dos usuários com condições crônicas na APS, com base em linhas-guia, diretrizes e protocolos clínicos, baseados nas melhores evidências científicas. A estratificação de risco é fundamental porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, possibilitando que a APS realize a organização do cuidado dos usuários no território, com vistas a promover o acesso adequado, por meio da programação de atendimentos adequados para cada caso, com intervalos regulares e previsíveis, além de ser balizadora para o compartilhamento do usuário para outros pontos de atenção na RAS, em tempo oportuno.

A execução da estratificação de risco das condições crônicas na APS foi identificada nas falas dos participantes da APS. Destaca-se que os profissionais compreendem que a estratificação de risco auxilia no acompanhamento desses usuários no âmbito da APS, sendo necessário que seja realizada e revista a cada atendimento, como evidenciado nas falas seguintes. Outro detalhe importante é que se identificou que o ato de estratificar não estava centralizado na figura do profissional médico da APS apenas, sendo que o enfermeiro também realiza:

[...] até no acolhimento [...] quando os crônicos passam no acolhimento, a gente já vê no prontuário se tem exames recentes, se não tem a gente já solicita e estratifica também [...] e já pede pra agendar a consulta para acompanhar [...] (P17.APS, enfermeira)

[...] a gente trabalha com a estratificação de risco [...] registra a estratificação dos pacientes nas nossas planilhas [...] os profissionais que fazem a estratificação são os profissionais em nível superior, que são os médicos e os enfermeiros que acabam fazendo [...] (P13.APS, enfermeira)

Na AAE, para atendimento de usuários com condições crônicas, o acesso ao ambulatório depende da identificação dos usuários elegíveis pela APS, com base na estratificação de risco, e considerando o seu atributo essencial de coordenação do cuidado do usuário na RAS¹⁷. Isso significa que a agenda do ambulatório expressa o trabalho da APS na identificação da população com condição crônica, que sabe, quem e quantas pessoas devem ser compartilhadas com a equipe especializada^{3,17}. Na fala a seguir identifica-se que para o compartilhamento do cuidado com o ambulatório, a estratificação de risco da condição crônica é realizada e informada:

[...] Eu geralmente faço encaminhamento escrito, né? Orientando, falando de algo que toma, por que que eu estou encaminhando, junto com a estratificação de risco [...] (P11.APS, médica)

Nos serviços da AAE, os participantes descreveram que o acesso aos ambulatórios ocorre de alguma forma regulado pelo município de origem do usuário. A dificuldade relatada em relação a esse fluxo está relacionada ao fato de que as pessoas responsáveis pelo agendamento são da área

administrativa, e não compreendem os critérios estabelecidos por meio das linhas-guias e diretrizes clínicas, que se expressam nas estratificações de risco dos encaminhamentos realizados, conforme relatos a seguir:

[...] Pra eles terem o acesso ao ambulatório, eles são agendados pelo município, né? [...] que faz a gestão da fila [...] a maioria são pessoas administrativas na parte do agendamento [...] o médico pode até fazer um encaminhamento [...] só que o agendador não tem essa noção do que está estratificado, de qual é a demanda do paciente [...] ele vai agendar aonde ele acha que convém (P2.AAE, enfermeiro)

[...] agendadores [dos municípios] não sabem o que é critério, dependendo do que é colocado no encaminhamento lá e se não tem estratificação, só por ter a palavra diabetes no meio do encaminhamento é rede de diabetes, entendeu? (P5.AAE, médico)

A existência de mais uma etapa de verificação do compartilhamento do cuidado entre a APS e AAE, como o realizado por sistemas de regulação existentes no SUS, retiram da APS a coordenação do cuidado dos usuários sob sua responsabilidade, considerando que a estratificação de risco já representa o critério de regulação de acesso ao atendimento especializado¹⁷. Por isso, sugere-se que os próprios profissionais das equipes de APS realizem diretamente os agendamentos dos usuários com condições crônicas estratificadas, de acordo com os critérios para atendimento no ambulatório^{3,4,17}. Tal autonomia possibilita que a APS seja de fato ordenadora e coordenadora do cuidado do usuário na RAS, contribui para a redução do tempo de espera ao proporcionar que os agendamentos sejam oportunos, estreita os laços entre os profissionais da APS e AAE para o compartilhamento e transição do cuidado, e fortalece a co-responsabilização da APS pela integralidade do cuidado^{3,16,17}.

Um estudo qualitativo realizado na cidade do Rio de Janeiro, entre 2019 e 2020, avaliou a descentralização da regulação ambulatorial para a APS, por meio de entrevistas com gestores e profissionais de saúde, complementadas por análise de documentos municipais. Foram identificados avanços na interação entre solicitante (APS) e regulador, a ampliação parcial da capacidade de coordenação do cuidado da APS. Entretanto, a proposta aumentou a competição por vagas e iniquidades de acesso entre as Unidades de Saúde, e expôs a frágil interface entre APS e atenção especializada. O estudo concluiu que a descentralização da regulação é promissora, porém requer atenção aos processos de trabalho na APS e AAE, além da sinergia entre os processos regulatórios centralizados.

Para Mendes (2018), a APS e a AAE devem funcionar como um único microsistema clínico, ainda que operando separadamente em unidades diferentes. Essa concepção, ao fundamentar-se no conceito de rede, quebra o princípio da hierarquia tão presente nos documentos teóricos, legais e operacionais do SUS. Na lógica do microsistema clínico, a APS e a AAE estão organizadas para atender ao mesmo propósito, com a estruturação de processos em comum, sendo o centro desse

microssistema as pessoas usuárias, com profissionais de saúde que se encontram e conhecem, com padrões e processos de trabalho bem desenhados, que se complementam para a prestação do cuidado compartilhado.

Os participantes descreveram como estão organizados os atendimentos dos usuários com condições crônicas no ambulatório, com detalhes em relação ao fluxo desde a chegada do usuário no serviço, aspectos relacionados à atuação multiprofissional, e como se dá a conclusão do atendimento tanto de novos usuários compartilhados pela APS, quanto dos usuários que retornam para atendimentos sequenciais:

[...] quando chega no ambulatório, é recepcionado, é triado, e após isso fazem todo um ciclo de atendimento [...] Então todos são passados no mesmo dia pela equipe (P2.AAE, enfermeiro)

[...] a maioria das pessoas vem de longe, porque no município delas não tem esse atendimento [...] Então, um dia que ela gastaria para fazer uma consulta com o médico, que ele iria encaminhar outro dia para ir no nutri, pra encaminhar no outro dia pro farmacêutico, ele já passa por todos [...] (P6.AAE, nutricionista)

Para a organização dos atendimentos nos ambulatórios conforme o MACC, preconiza-se que os atendimentos ocorram na lógica da Atenção Contínua²⁴. Trata-se de uma tecnologia de cuidado desenvolvida para o manejo de pessoas com condições crônicas, não agudizadas, de maior complexidade, que se beneficiam de abordagens profissionais variadas^{3,25}. Os atendimentos por diferentes profissionais ocorrem de forma individualizada, sequenciada, em um mesmo turno de trabalho e são encerrados após a discussão do caso e a elaboração do plano de cuidados^{24,25}.

Em relação à dinâmica de atendimentos da equipe multiprofissional durante o ciclo de atenção contínua, na fala a seguir o participante enfatizou que os usuários com HAS e DM são atendidos por todos os membros da equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, nutricionista, farmacêutico e psicólogo) todas as vezes que retorna ao ambulatório:

[...] elas [técnicas de enfermagem] fazem essa distribuição para garantir que os pacientes passem por todos os profissionais [...] Então todos [usuários] são passados no mesmo dia pela equipe [...] Sempre! Sempre passa por todos [...] A não ser que ele não queira, é bem difícil [...] (P2.AAE, enfermeiro).

Salienta-se que os ciclos de atenção contínua na AAE podem ser diferenciados em ciclos de atendimentos completos, para os usuários em primeiro atendimento no ambulatório ou em atendimentos subsequentes, de acordo com o plano de cuidados elaborado; ou parciais, no caso de atendimentos subsequentes, considerando as recomendações feitas pela equipe em seu último plano de cuidados²⁴. Isso quer dizer que no primeiro atendimento do usuário no ambulatório, ele será submetido a avaliação de todos os profissionais que compõem a equipe especializada, sendo que os retornos

deverão considerar as necessidades do usuário, expressas no plano de cuidados individual, preenchido por esses profissionais na primeira avaliação⁴.

Não há impedimentos para que o usuário seja atendido novamente por toda a equipe no retorno, desde que esse atendimento agregue valor ao cuidado deste usuário^{24,25}, o que não ficou evidente na fala evidenciada acima. O participante ainda faz referência ao ponto de apoio no ciclo de atenção contínua do ambulatório:

[...] E no final, tem o ponto de apoio [...] onde faz a conferência de todo esse ciclo pra ver se passou por todos esses profissionais (P2.AAE, enfermeiro).

O ponto de apoio trata-se de um profissional de saúde no ambulatório responsável pela gestão do cuidado do usuário durante sua permanência no serviço²⁵. Ele atua e intervém para que a pessoa usuária esteja no centro do cuidado, deve deter conhecimentos técnicos sobre o funcionamento da APS e da AAE, do plano de cuidados e das diretrizes clínicas adotadas pelo serviço, para propor intervenções junto a equipe sempre que necessário^{24,25}.

5 PLANO DE CUIDADOS E ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA APS E AAE

O plano de cuidados se trata de uma importante ferramenta para promover a gestão da condição de saúde de todos os usuários do território da APS, e em especial dos usuários com condições crônicas³. Recomenda-se que seja elaborado pela equipe da APS em conjunto com cada pessoa usuária, com a definição de metas a serem cumpridas ao longo de períodos determinados, com a participação proativa das pessoas usuárias em sua atenção²⁵.

Na necessidade da APS compartilhar o cuidado do usuário com outros pontos de atenção da RAS, o plano de cuidado é primordial por tratar-se de um instrumento preenchido pela equipe multiprofissional da APS que demonstra todo o manejo já realizado pela equipe, bem como a forma como o usuário participa do seu próprio cuidado^{2,3}. Por esse motivo, é desejável que seja assumido como o principal instrumento de comunicação entre as equipes, sendo inicialmente elaborado pela equipe da APS, revisado e complementado pela equipe da AAE e monitorado por ambas as equipes, sempre centrado nas necessidades e expectativas do principal interessado pelo cuidado: o usuário²⁴.

De acordo com os relatos, em relação a elaboração e uso do plano de cuidado, identificou-se que essa ferramenta é utilizada, porém de forma incipiente pelas equipes da APS e AAE, conforme os relatos a seguir:

Ele não volta [com plano de cuidado], se ele volta [...] volta com o receituário alterado assim, tirou o Losartana e entrou, sei lá, Anlodipino, vamos supor [...] (P2.APS, enfermeira)

[...] Algumas unidades escrevem [no plano de cuidado] têm algumas que são bem bonitinhas, elas fazem tudo certinho, mas algumas nem olham [...] (P16.AAE, nutricionista)

A função do plano de cuidado compartilhado consiste em garantir que os profissionais da APS e da AAE estejam buscando os mesmos objetivos, e não seja apenas um mero preenchimento de informações sobre condutas individuais de categorias profissionais. As ações previstas no plano de cuidado precisam agregar valor ao cuidado do usuário, que é o principal protagonista desse processo, bem como contribuir para a APS exercer seu papel de coordenação do cuidado.

Os participantes comentam como ocorre o processo do compartilhamento do plano de cuidado entre a APS e AAE, e fica evidente que a elaboração inicial da ferramenta não ocorre pela APS, e sim pela equipe da AAE, que entrega uma via do plano de cuidado para o usuário e encaminha o mesmo documento para ciência da equipe da APS, desqualificando assim a principal finalidade da ferramenta, que é a comunicação e integração entre as equipes e condutas realizadas pela duas equipes, de níveis de atenção diferenciados:

[...] A gente estruturou o plano de cuidado pelo Google Drive [...] daí os municípios têm acesso [...] se o município viu o plano de cuidados, se não viu [...] a gente consegue fazer isso pela tecnologia, mas ainda tem muita dificuldade [...] (P7.AAE, médico)

Eles enviam o plano de cuidado pra a gente [...] e entregam uma via para o paciente, né? [...] vem no e-mail da unidade, eu baixo o plano de cuidado e no nosso prontuário eletrônico tem como você anexar os PDFs [...] aí eu anexo (P13.APS, enfermeira)

O estabelecimento de metas com o usuário, e o monitoramento das ações previstas no plano de cuidado pelas equipes da APS e AAE são primordiais para garantir que o usuário alcance a estabilidade da sua condição de saúde²⁵. Sendo assim, é imprescindível que o usuário compreenda a importância do instrumento elaborado pelas duas equipes que o acompanham, bem como qual será sua participação no seu próprio processo de cuidado²⁶.

Os participantes registraram nas suas falas as dificuldades de compreensão dos usuários sobre o plano de cuidado elaborado pela equipe, durante o ciclo de atenção contínua, ressaltando barreiras como a baixa escolaridade e falta de entendimento da proposta de uso da ferramenta, como observado nas falas a seguir:

[...] Nós já fizemos tentativas de fazer o plano de cuidado impresso e entregar para o paciente, mas não deu certo [...] se perde o processo [...] grande parte dos nossos pacientes é analfabeto. Então a gente entregava, eles tipo “Ah, o que eu faço com isso aqui?” Chegava na unidade “ah, me entregaram isso, mas eu não sei o que é”. Voltava na consulta, “era pra eu trazer isso aqui?”, então não tava dando certo [...] (P17.AAE, psicóloga)

[...] a sensação que eu tenho é que menos de 10% dos pacientes leem plano de cuidado [...] Se pede para o paciente na consulta de retorno “trouxe os exames?”, eles entregam o plano de cuidado e falam: isso aqui é o que você pediu” [risos] (P5.AAE, médica)

As dificuldades que os usuários possuem para compreender, avaliar e aplicar orientações para cuidar da saúde estão relacionadas ao nível de letramento em saúde²⁷. Estudos demonstram que indivíduos com baixas condições socioeconômicas, menor nível educacional e com autopercepção de status social mais baixo apresentam limitações para compreender materiais escritos e as orientações faladas pelos profissionais de saúde²⁸.

Uma pesquisa transversal²⁹ realizada em 2017 no município de Picos, no estado do Piauí, avaliou o nível de letramento em saúde de 357 adultos com e sem Hipertensão Arterial Sistêmica, por meio da aplicação da versão brasileira do Test of Functional Literacy in Adults, em entrevistas individuais. Observou-se o letramento inadequado em mais de 70% dos hipertensos investigados. O achado reforçou a necessidade de melhorar as habilidades para o autocuidado desse grupo, principalmente naqueles com maior idade e menos anos de estudo.

Em contraponto às limitações do usuário, os profissionais de saúde usam em muitos momentos palavras incompreensíveis, falam rápido e não fornecem informações suficientes quanto ao seu estado de saúde, além de não se certificarem se houve compreensão por parte do indivíduo acerca do seu problema de saúde³⁰. Tão importante quanto a competência de letramento em saúde dos usuários, são o vocabulário e as habilidades de comunicação dos profissionais, principalmente ao promover uma comunicação efetiva por meio de uma linguagem simples³¹.

O acompanhamento das condições crônicas na APS e AAE, em especial da HAS e DM, representa um desafio significativo para o sistema de saúde, demandando abordagens que vão além do modelo tradicional centrado em especialidades isoladas³². Por esse motivo, a atuação da equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, pode aumentar substancialmente a adesão dos usuários às metas terapêuticas estabelecidas de forma colaborativa no plano de cuidado³³. A integração de equipes de diferentes níveis de atenção surge como uma estratégia promissora, reunindo profissionais de diversas áreas para fornecer cuidados abrangentes e personalizados³⁴.

Nesse sentido, os participantes discorreram sobre as potencialidades da atuação da equipe multiprofissional no cuidado aos usuários com HAS e DM, tanto na APS como na AAE:

[...] outra potencialidade que eu também enxergo é a equipe multiprofissional [...] então nós temos o privilégio de ter equipe multiprofissional todos os dias na unidade, né? [...](P1.APS, terapeuta ocupacional)

[...] eu, particularmente, vejo também essa questão do desenvolvimento do trabalho a partir do momento que a gente teve outros profissionais dentro da área [...] isso ajudou bastante nessa questão desse cuidado com o hipertenso, com o diabético e outras questões também, né?

Porque tem vários profissionais em educação física, psicólogo [...] (P8.APS, agente comunitária de saúde)

No serviço da AAE, é destacado que a presença da equipe multiprofissional não é comum nesse nível de atenção para atendimento de indivíduos com HAS e DM, e que inclusive para os usuários do SUS, a modalidade de atendimento multidisciplinar e não apenas focal, é uma prática diferenciada:

[...] eles passam por uma equipe multi, o que também não é comum em vários lugares...e o que já assusta eles é esse negócio da equipe multi, “ah, vai passar por vários profissionais”. Só que quando eles entram no primeiro atendimento, que eles são bem atendidos, que eles são bem recepcionados, que eles observam que a gente tá ali pra orientar e pra ajudar... já mudam [...] (P1.AAE, enfermeiro).

[...] porque a gente atende de forma multidisciplinar, né? Então, todo paciente que vem pra nós na primeira consulta ele é recebido por toda a equipe, né? [...] (P15.AAE, médica endocrinologista)

A presença de equipe multidisciplinar no âmbito da APS ocorre desde 2008, quando foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por meio de ato normativo e financiamento do Ministério da Saúde. Na AAE, historicamente, os serviços foram organizados para atendimentos em especialidades focais, de forma fragmentada e sem comunicação com a APS, e sem normatização pelo Ministério da Saúde da organização e modelo de atendimento para esse ponto de atenção.

Em 2023, foi instituída a Política Nacional de Atenção Especializada no âmbito do SUS, representando um importante ato normativo que corrobora com a mudança de modelo de atenção, em especial na organização dos atendimentos por meio de equipes multiprofissionais, que atuam de forma interdisciplinar, para garantir acesso, acolher, oferecer cuidado de qualidade e prestar apoio, mediante matriciamento a outras equipes e serviços da RAS.

6 EDUCAÇÃO PERMANENTE VOLTADA AOS PROCESSOS DE TRABALHO DA APS E AAE

Considerando a complexidade dos processos de trabalho na APS, exige-se da equipe multiprofissional um conhecimento ampliado de diferentes condições de saúde, para atender o usuário na sua integralidade e garantir a resolutividade desse ponto de atenção³⁸. Por esse motivo, investir na educação permanente das equipes é um passo importante para a integralidade do cuidado e trabalho em RAS³⁹. Na proposta do MACC, os serviços da AAE possuem um papel importante como matriciadores da APS, por meio da aprendizagem ativa baseada na prática, estreitando laços entre as equipes desses dois pontos de atenção⁴⁰. Das falas dos participantes, emergiu ações de educação permanente por meio de capacitações e encontros entre as equipes dos níveis de atenção:

[...] porque além dessas capacitações, têm uns vídeos também, tanto o [médico cardiologista], quanto a [médica endocrinologista] fizeram uns vídeos bem didáticos explicando a estratificar e todos os municípios têm acesso, então se surgiu dúvida eles olham ali [...] (P17.AAE, psicóloga)

[...] Só quando o [ambulatório] abriu [...] Quando abriu, eles vieram aqui no município e apresentaram todas as linhas, né? De pediatria, do idoso [...] Quando abriu, depois disso nunca mais [...] Daí a gente foi lá também, foi conhecer e tal os profissionais, todos os profissionais em nível superior na época [...] mas também nunca mais teve esse movimento (P13.APS, enfermeira)

Proporcionar ações e práticas integradas de forma contínua entre a APS e AAE favorece o fortalecimento de vínculos, tendo em vista que o cotidiano do trabalho em saúde constitui-se numa relação intensa de troca de saberes e cooperação entre as profissionais³⁸. Por meio dessas ações, almeja-se a incorporação de diferentes ferramentas na gestão do cuidado à saúde, o que depende diretamente de profissionais que compreendam uma nova forma de pensar e ofertar atenção às condições crônicas de saúde, unindo a teoria e a prática, para alcançar as mudanças esperadas na organização dos serviços e, por consequência, do modelo de atenção ofertado à essa população⁴¹.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou evidenciar as percepções dos profissionais de saúde dos serviços da APS e da AAE sobre os processos de trabalhos implementados para atendimento dos usuários do SUS com condições crônicas, e, em especial com HAS e DM. Sob a perspectiva desses profissionais, questões relacionadas a participação e responsabilização do usuário no seu próprio cuidado emergiram nas discussões, e que a população atendida ainda pouco compreende a proposta do MACC, em detrimento ao modelo fragmentado e biomédico que impera nos atendimentos às condições crônicas em serviços de saúde públicos e privados.

Nas falas dos participantes do estudo se identificaram importantes elementos relacionados ao MACC, como a aproximação das equipes da APS e da AAE, a estratificação de risco da população com condição crônica identificada no território da APS, e a organização dos atendimentos de forma multidisciplinar e interdisciplinar, principalmente na AAE. Entretanto, ainda existem barreiras para a consolidação desse modelo, como a organização da agenda na APS sem programação do cuidado, focalizado na conduta médica, e a presença de intermediários entre a relação entra a APS e AAE, como a regulação municipal, dificultando que esses níveis de atenção possam atuar como um único microsistema clínico.

Estratégias de educação permanente em saúde com foco na mudança do modelo de atenção vigente às condições crônicas, bem como políticas públicas estruturadas e financiamento direcionador são potencializadores para mudança de práticas assistenciais, e precisam ser estabelecidas de forma

efetiva no SUS, acompanhadas e monitoradas permanentemente, independente de programas de governo e movimentos políticos, para de fato alcançar a mudança desejada de modelo de atenção.

Avaliar as mudanças no modelo de atenção ofertado às condições crônicas no Brasil, e, em especial no Paraná, é um desafio, pois a transformação desse cenário envolve desde a formação profissional básica na área da saúde, ainda fragmentada, centrada na figura do profissional médico e no modelo de atenção às condições agudas e agudização das condições crônicas, como situações relacionadas à gestão dos serviços e a organização dos processos de trabalho.

Das limitações observadas, registram-se que o estudo abrangeu o universo de dois (2) serviços da AAE que recebem co-financiamento do estado do Paraná para organizarem os atendimentos de usuários com HAS e DM de acordo com o MACC, de um total de vinte e dois (22) existentes no Paraná na mesma condição. Além disso, participaram as equipes técnicas dos serviços da APS e AAE, não sendo possível compreender a percepção dos gestores e usuários sobre a implementação do modelo de atenção.

Importante que novos estudos nessa perspectiva sejam realizados, para identificação dos impactos e da efetividade de estratégias de educação permanente e políticas públicas de financiamento com foco no MACC.

AGRADECIMENTOS

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

- MARTINS, T. C. F.; SILVA, J. H. C. M.; MÁXIMO, G. C.; GUIMARÃES, R. M. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 28]; 26(10): 4483–96. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>.
- MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde* [Internet]. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2024 Mar 28]. 549 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde [Editorial]. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 28]; 31(2): 1-3. Available from: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7565>.
- MENDES, E. V. *Desafios do SUS* [Internet]. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2014. 869 p. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico nº 23: Panorama da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2024 Mar 28]; 52 vol. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_23.pdf/vi-ew.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Linha Guia Hipertensão Arterial (PR)*. 2. ed. Curitiba, PR; 2018 [cited 2024 Mar 28]. 52 p. Available from: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriva-sesa@38dab7e2-7a49-410e-aea4-de87d76ece09&empPg=true>.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Linha Guia Diabetes Mellitus (PR)*. 2. ed. Curitiba, PR; 2018 [cited 2024 Mar 28]. 60 p. Available from: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriva-sesa@4ee68bf2-3e1e-45ec-ac63-1aa54abce73c&empPg=true>.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Plano Estadual de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis 2023-2030*. 1. ed. Curitiba, PR; 2023 [cited 2024 Mar 28]. 143 p. Available from: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriva-sesa@4361a755-380c-4ddf-ab5a-9563f8d5bd1f&empPg=true>.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Plano Estadual de Saúde 2020-2023*. Curitiba, PR; 2020 [cited 2024 Mar 28]. 209 p. Available from: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-09/PES-24_setembro-vers%C3%A3o-digital.pdf.

BOMFIM, R. A.; DE CARLI, A. D.; CASCAES, A. M.; BUCCINI, G.; PROBST, L. F.; FRAZÃO, P. Introdução à ciência de implementação para profissionais da saúde. 1. ed. Campo Grande: Ed. UFMS; 2021 [cited 2024 Mar 28]. 124 p. Available from: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/3866/1/Introducao%20a%20Ciencia%20de%20Implementacao.pdf>.

NILSEN, P.; BIRKEN, S. A. Handbook on Implementation Science. 1. ed. Universidade de Linköping: Edward Elgar Publishing; 2020 [cited 2024 Mar 28]. 576 p.

BROWN, M.; ROSENTHAL, M.; YEH, D. D. Implementation Science and Nutrition: From Research to Practice. *Nutrition in Clinical Practice* [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 28]; 36(3): 586-597. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34021636/>.

ECCLES, M. P.; MITTMAN. Welcome to Implementation Science [Editorial]. *BioMed Central*. 2006 [cited 2024 Mar 28]; 1(1): 1-2. Available from: <http://www.implementationscience.com/content/1/1/1>.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 3. reimpr. Petrópolis, RJ: Vozes; 2016 [cited 2024 Mar 28]. 95 p.

MARZIALE, M. H. P. Universal Access to Health and Universal Health Coverage: Nursing contributions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 28]; 24: 1-2. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2667>.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2017 [cited 2024 Mar 28]; Set 22; 183(seção 1): 68. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.

MENDES, E. V.; MATOS, M. A. B.; EVANGELISTA, M. J. O.; BARRA, R. P. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. 2. ed. 2015 [cited 2024 Mar 28]. 193 p. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2024 Mar 28]. 16 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

MOURA, R. A.; HENRIQUES, B. D.; FERREIRA, D. C.; CAÇADOR, B. S. Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção. *Physis* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 28]; 32(1): 1-16. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320103>.

PIRES, L. A. S.; AZEVEDO-MARQUES, J. M.; DUARTE, N. S. M.; MOSCOVICI, L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 28]; 43(121): 605–13. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>.

CHÁVEZ, G. M.; RENNÓ, H. M. S.; VIEGAS, S. M. D. F. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. *Physis* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 28]; 30(3): 1-20. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300320>.

GOMES, G. G.; MELO, E. A. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição? *Physis* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 28]; 33: 1-24. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333012>.

ALMEIDA, P. F.; SILVA, K. S.; BOUSQUAT, A. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 28]; 27(10): 4025–38. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07432022>.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Planificasus: Guia de Tutoria de Atenção Contínua na AAE [Internet]. Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde; 2022 [cited 2024 Mar 28]. 48 p. Available from: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa7_aae_anexo2.pdf.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada. 1. ed. Brasília: CONASS; 2016 [cited 2024 Mar 28]. 116 p. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>.

SILVA, R. L. D. T.; ARRUDA, G. O.; BARRETO, M. S.; OLIVEIRA, M. L. F.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Elaboração de plano de cuidados como diferencial na prática assistencial ao hipertenso. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 28]; 29(5): 494–505. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600070>.

RIBEIRO, U. A. S. L.; VICENTE, L. C. C.; LEMOS, S. M. A. Letramento funcional em saúde em adultos e idosos com disfagia. *Audiology, Communication Research* [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 28]; 26: 1-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2351>.

MARQUES, S. R. L.; ESCARCE, A. G.; LEMOS, S. M. A. Letramento em saúde e auto percepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. *CoDAS* [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 28]; 30(2): 1-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017127>.

BORGES, F. M.; SILVA, A. R. V.; LIMA, L. H. O.; ALMEIDA, P. C.; VIEIRA, N. F. C.; MACHADO, A. L. G. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 28]; 72(3): 646–53. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0366>.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; DIAS, A. M. I.; CABRAL, L. A. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2012 [cited 2024 Mar 28]; 16(41): 301–14. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000027>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Comunicação entre profissionais e pacientes é decisiva para melhoria da saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2022 [cited 2024 Mar 28]. Available from: <https://www.conass.org.br/comunicacao-entre-profissionais-e-pacientes-e-decisiva-para-melhoria-da-saude/>.

GOMES, A. P.; LOPES, G. H. B.; ALVIM, H. G. A. A importância da orientação da equipe multidisciplinar sobre manter hábitos de vida saudáveis. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos* [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 28]; 4(9): 27-37. Available from: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/275/365>.

FURTADO, R. H. M. Os desafios na adesão ao tratamento do paciente com Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 28]; 29(3): 65-8. Available from: http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/29-3/03_revista%20brasileira%20de%20hipertens%C3%A3o_29_n3.pdf.

FILHO, G. C. M.; GUARNIERI, M.; ARAÚJO, G. R. P. T.; SUEKANE, A. S.; BANKOW, B. C.; NUNES, L. C. et al. Integração de equipes multidisciplinares no tratamento de doenças crônicas: desafios e oportunidades. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 28]; 5(5): 6143-6153. Available from: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1139/1293>.

MACHADO, M. F. A. S.; XAVIER, S. P. L.; RODRIGUES, A. L.; LIMA, T. F.; SILVA, L. C. C.; MOITA, M. P. et al. Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. *Saúde em Debate* [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 28]; 45(131): 987-97. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113104>.

TESSER, C. D.; POLI, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2024 Mar 28]; 22(3): 941-51. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>.

BRASIL. Portaria nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 2023 [cited 2024 Mar 28]; Out 23; 200(seção 1): 87. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.604-de-18-de-outubro-de-2023-517547992>.

GUIMARÃES, B. E. B.; CASTELO BRANCO, A. B. A. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Revista Psicologia & Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 28]; 12(1): 143-155. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100011&lng=pt.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 28]; 22: 1525-34. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

SANTOS, E. A. P.; ZAMBENEDETTI, G. O PlanificaSUS enquanto estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) para o Sistema Único de Saúde (SUS). *CienSaúde Colet* [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 28]. 12/2024. Available from: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-planificasus-enquanto-estrategia-de-educacao-permanente-em-saude-eps-para-o-sistema-unico-de-saude-sus/19060?id=19060>.

GUERRA, S.; ALBUQUERQUE, A. C.; MARQUES, P.; OLIVEIRA, I.; FELISBERTO, E.; DUBEUX, L. S. et al. Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 28]; 38(3): 1-18. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115021>.