

Gestão do cuidado de população com doenças crônicas em Unidade de Saúde da Família: relato de experiência

Management of care for populations with chronic diseases in a Family Health Unit: experience report

Gestión de la atención a poblaciones con enfermedades crónicas en una Unidad de Salud Familiar: reporte de experiencia

Luciana Barboza¹ , Manoela Carolini Maia de Souza¹ 

¹Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil.

Resumo

Problema: As doenças crônicas respondem pela maior parcela de mortes no mundo, configurando um problema de saúde pública global, enfrentado com maior dificuldade em países em desenvolvimento, como o Brasil. No país, a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada para o sistema de saúde, no qual se espera que seja realizada abordagem populacional para o problema, com a responsabilidade de vigilância de subpopulações em risco, como as pessoas com condições crônicas. Nesse cenário, é importante que ferramentas de monitoramento sejam criadas quando a vigilância de indicadores de risco não é possível por meio de prontuário eletrônico. Este estudo teve como objetivo relatar a experiência de qualificação da gestão do cuidado da população com doenças crônicas em uma Unidade de Saúde da Família a partir do monitoramento por planilha eletrônica. **Método:** Relato de experiência de projeto de intervenção em Unidade de Saúde da Família com a criação de planilha eletrônica de dados clínicos dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* da área de abrangência e o fomento da educação permanente em saúde nas reuniões de equipe. **Resultados:** A partir da planilha, foi possível identificar 360 usuários faltosos, 68% do total de pacientes com hipertensão e diabetes, dos quais 146 apresentaram alto risco cardiovascular; assim, foi realizada busca ativa com agendamento preferencial por estratificação de risco cardiovascular e visitas domiciliares. Após as ações, foi possível reduzir em 45% o número de faltosos e consolidar a educação permanente na agenda da unidade. **Conclusão:** A partir dessa experiência, conclui-se que o monitoramento de usuários com condições crônicas permite planejamento estratégico e melhoria na gestão organizacional do cuidado. Espera-se que essa intervenção possa ser expandida para outras unidades de saúde e que as ações de educação em saúde sejam ampliadas para o território, para promoção e prevenção da saúde.

Palavras-chave: Doença crônica; Atenção Primária à Saúde; Gestão da saúde da população.

Autor correspondente:

Manoela Carolini Maia de Souza
E-mail: manaelamaias@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 07/04/2024.

Aprovado em: 24/06/2024.

Editor:

Maria Inez Padula Anderson e Marcello
Dala Bernardina Dalla.

Como citar: Barboza LP, Souza MCM. Gestão do cuidado de população com doenças crônicas em Unidade de Saúde da Família: relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4214. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4214](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4214)



Abstract

Problem: Chronic diseases account for the largest share of deaths in the world, configuring a global public health problem, faced with greater difficulty in developing countries, such as Brazil. In the country, primary health care is the gateway to the health system, where it is expected that a population-based approach to the problem will be carried out, with the responsibility for monitoring subpopulations at risk, such as people with chronic conditions. In this scenario, it is important that monitoring tools are created when surveillance of risk indicators is not possible through electronic medical records. This study aimed to report the experience of qualifying care management for the population with chronic diseases in a family health unit based on monitoring using an electronic spreadsheet. **Methods:** Experience report of an intervention project in a family health unit with the creation of an electronic spreadsheet of clinical data of users with high blood pressure and/or diabetes mellitus in the coverage area and the promotion of ongoing health education in team meetings. **Results:** From the spreadsheet, it was possible to identify 360 missing users, 68% of the total number of patients with hypertension and diabetes, 146 of these with high cardiovascular risk and, therefore, an active search was carried out with preferential scheduling by cardiovascular risk stratification and home visits. After the actions, it was possible to reduce the number of absentees by 45% and consolidate continuing education on the unit's agenda. **Conclusions:** From this experience, it is concluded that monitoring users with chronic conditions allows strategic planning and improvement in organizational care management. It is expected that this intervention can be expanded to other health units and that health education actions can be expanded to the territory, for health promotion and prevention.

Keywords: Chronic disease; Primary Health Care; Population health management.

Resumen

Problema: Las enfermedades crónicas representan la mayor proporción de muertes en el mundo, configurando un problema de salud pública global, enfrentado con mayores dificultades en los países en desarrollo, como Brasil. En el país, la atención primaria de salud es la puerta de entrada al sistema de salud, donde se espera que se realice un abordaje poblacional del problema, con la responsabilidad de monitorear subpoblaciones de riesgo, como las personas con condiciones crónicas. En este escenario, es importante que se creen herramientas de seguimiento cuando la vigilancia de los indicadores de riesgo no sea posible a través de registros médicos electrónicos. Este estudio tuvo como objetivo relatar la experiencia de gestión de la atención de calificación a la población con enfermedades crónicas en una unidad de salud de la familia a partir del seguimiento mediante hoja de cálculo electrónica. **Método:** Relato de experiencia de un proyecto de intervención en una unidad de salud de la familia con la creación de una planilla electrónica de datos clínicos de usuarios con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en el área de cobertura y la promoción de la educación permanente en salud en reuniones de equipo. **Resultados:** A partir de la hoja de cálculo se logró identificar 360 usuarios faltantes, el 68% del total de pacientes con hipertensión y diabetes, 146 de estos con alto riesgo cardiovascular y, por lo tanto, se realizó una búsqueda activa con horario preferencial por cardiovascular. estratificación del riesgo y visitas domiciliarias. Luego de las acciones, se logró reducir el número de ausentismo en un 45% y consolidar la educación continua en la agenda de la unidad. **Conclusión:** De esta experiencia se concluye que el seguimiento de los usuarios con condiciones crónicas permite la planificación estratégica y la mejora en la gestión organizacional del cuidado. Se espera que esta intervención pueda ampliarse a otras unidades de salud y que las acciones de educación en salud se expandan al territorio, para la promoción y prevención de la salud.

Palabras clave: Enfermedad crónica; Atención Primaria de Salud; Gestión de la Salud poblacional.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são um problema de saúde pública global, enfrentadas com maior dificuldade em países em desenvolvimento, como o Brasil. A nível mundial, as doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de mortalidade, respondendo por 71% de todas as mortes.¹ No país, as doenças crônicas com maior prevalência são a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que apresenta frequência de 27,9%, e o diabetes *mellitus* (DM), que apresenta frequência de 10,2%, conforme dados da pesquisa Vigitel Brasil em 2023. Em ambos os sexos, a frequência das doenças aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade.²

A gestão das doenças crônicas configura um desafio, haja vista que são de longa duração e requerem cuidados continuamente. Para ofertar cuidado nesse cenário, é necessária a integração da longitudinalidade, da coordenação e da abrangência, atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS).³ Na APS, o monitoramento deve ter abordagem populacional, com a função de realizar vigilância de subpopulações de usuários com determinada condição, incluindo as doenças crônicas; isso é denominado “gestão da população em risco”, e é um dos princípios da Medicina de Família e Comunidade.⁴

Nesse cenário, torna-se importante a criação de ferramentas de monitoramento de pacientes com doenças crônicas, como planilhas, quando a vigilância não é possível por prontuário eletrônico, e definir indicadores de risco a serem acompanhados, sendo essas variáveis orientadas por evidências na literatura para as condições crônicas. Para pessoas com hipertensão e/ou diabetes, é importante incluir como indicador de monitoramento a aferição da pressão arterial, o nível de hemoglobina glicada e a estratificação de risco cardiovascular. Observações relevantes sobre cada paciente também podem ser registradas em campos complementares, como comorbidades ou preferências. Além disso, é possível gerar alertas para consultas ou exames em atraso, o que possibilita a busca ativa de pacientes.⁵

Alguns países implementaram ferramentas de monitoramento de pacientes com doenças crônicas. Em Singapura, uma plataforma de registro de doenças crônicas em planilha Excel permite o acompanhamento sistemático dos pacientes e fornece aos médicos de família e à Rede de Cuidados Primários, em um painel, a visualização da qualidade do atendimento oferecido.⁶ Na Austrália, uma intervenção a partir de uma ferramenta eletrônica de registros médicos e educação sobre doenças crônicas demonstrou melhoria dos testes diagnósticos de doenças crônicas, a documentação do diagnóstico e o gerenciamento de doenças.⁷

No Brasil, estratégias de monitoramento e gestão do cuidado da população portadora de HAS e DM foram aplicadas baseadas no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Esse modelo integra o modelo de cuidados crônicos com o modelo de pirâmides de riscos e os determinantes sociais de saúde a fim de adequá-lo às especificidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O MACC apresenta colunas com estratificação de riscos e níveis de determinação da saúde que resultam em cinco níveis de intervenção, incluindo intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.⁸ O MACC tem experiências pioneiras positivas em Curitiba e Santo Antônio do Monte; nesta cidade, os valores de hemoglobina glicada melhoraram em 77% dos pacientes com diabetes e 94% dos pacientes com hipertensão apresentaram melhora dos valores da pressão arterial.⁹

Em revisão sistemática, as intervenções realizadas com base em elementos do Modelo de Cuidado de Crônicos na atenção primária demonstram benefícios, principalmente o componente de educação para o autocuidado, que pode ser considerado como indicador de qualidade desse nível de atenção. Os países que têm APS forte têm custos mais baixos e melhores resultados de saúde no cuidado de doenças crônicas.¹⁰ Na organização das linhas de cuidado às doenças crônicas, outras ações estratégicas também são necessárias, como a organização da agenda e do acesso, bem como educação permanente de qualidade sobre o tema.

A organização da agenda depende do conhecimento e do monitoramento da equipe sobre os pacientes com condições crônicas conforme estratificação de risco e controle da doença. É preciso calcular a periodicidade de consultas e exames necessária para cada paciente e, assim, estimar o quantitativo de consultas de cuidado continuado na atenção primária e especializada e programar outros tipos de ofertas no serviço de saúde caso a agenda não suporte a demanda da população.⁵

A educação permanente é uma oportunidade para a implantação das diretrizes clínicas nos serviços de saúde. Isso se refere a trazer as problematizações do processo de trabalho em saúde para atividades de ensino como uma ação laboral rotineira, partindo de temas que sejam considerados como lacunas do desempenho da equipe e de cada profissional contido nela.¹¹ O objetivo da educação permanente deve ser a transformação da própria organização do trabalho e o facilitador dessas atividades deve ser um profissional de saúde que irá estimular as equipes a reflexões sobre os processos de trabalho para que a capacidade profissional seja ampliada.

Portanto, investir no monitoramento de usuários com doenças crônicas possibilita o conhecimento da demanda dessa população no serviço de APS. A partir desse ponto, é possível programar a agenda de cuidado continuado baseada em estratificação de risco e atividades que apoiem o autocuidado dos pacientes, incentivadas em ações de educação permanente envolvendo todos os profissionais de saúde em contato com o paciente.

Diante desse contexto, foi definido que a hipertensão e a diabetes seriam condições a serem priorizadas em intervenção de monitoramento de pessoas com doenças crônicas na Unidade de Saúde da Família (USF) Viriato Lobo, no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia. A estratégia de vigilância da subpopulação com HAS e DM foi planejada pela médica residente de Medicina de Família e Comunidade que compõe a equipe de saúde da família e desenvolvida a partir da cooperação de toda equipe devido à alta prevalência dessas doenças na área de abrangência da USF e à falta de dados monitoráveis para o cuidado continuado programado da população portadora dessas condições.

O presente estudo objetivou relatar a experiência de qualificação da gestão do cuidado da população com doenças crônicas em uma USF a partir de uma ferramenta elaborada para possibilitar o monitoramento eletrônico. Por meio desse controle com estratificação de risco cardiovascular é possível ter conhecimento sobre a demanda da população adscrita e promover melhoria do acesso aos usuários e desenvolver ações de capacitação para profissionais assistentes.

MÉTODOS

O projeto de intervenção foi desenvolvido na USF Viriato Lobo, localizada no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, e contemplou a população com HAS e/ou DM das microáreas cadastradas atualmente na unidade. A decisão para escolha desse tema se deve à alta prevalência dessas duas doenças na área de abrangência da USF e à falta de dados monitoráveis para o cuidado continuado programado da população portadora dessas condições.

A princípio, foram realizadas a coleta de dados de todos os usuários com HAS e/ou DM em cada uma das seis microáreas do território adscrito da USF e, posteriormente, a inclusão dos dados coletados em uma planilha de monitoramento criada no programa Microsoft Excel, com as seguintes variáveis: nome; data de nascimento; número do Cartão Nacional de Saúde; diagnóstico de HAS e/ou DM; risco cardiovascular calculado por meio do aplicativo de Calculadora para Estratificação de Risco Cardiovascular atualização 2020, que considera a presença de doença cardiovascular estabelecida; diabetes mellitus; hipercolesterolemia familiar; sexo; idade; valor de pressão arterial sistólica; tabagismo; uso de estatina; e valores de colesterol total e HDL, como no Escore de Risco Global de Framingham.¹²

Além dessas variáveis, também foram utilizadas as medidas de pressão arterial até 140 × 90 mmHg ou maior que 140 × 90mmHg, esta considerada como pressão arterial descompensada; valor da última hemoglobina glicosilada medida em faixas (menor que 7%, entre 7 e 8%, entre 8 e 9%, e acima de 9%); e data da última consulta médica ou de enfermagem, bem como a presença de vulnerabilidade social, como desvantagem pessoal resultante de deficiências, pobreza, uso de substâncias psicoativas; vítimas de violência e inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho, conforme Política Nacional de Assistência Social.

Além disso, por meio de fórmulas no Microsoft Excel, o período de retorno em consulta para cuidado continuado programado dos pacientes foi calculado para 3 ou 6 meses, conforme risco cardiovascular alto ou muito alto e baixo ou intermediário, respectivamente. Assim, quando o paciente não retorna no

tempo esperado, a planilha cria um alerta para busca ativa desse paciente. A planilha de monitoramento de usuários com condições crônicas criada está disponível no repositório Zenodo.¹³

A partir da lista atualizada de pacientes que não retornaram para consulta médica ou de enfermagem no período esperado pelo risco cardiovascular, foram programadas ações estratégicas para alcançar essa população. Entre as estratégias aplicadas está a organização da agenda com horários reservados para tais pacientes a partir de busca ativa realizada pelas agentes comunitárias de saúde (ACS). Com o apoio das ACS e sob supervisão da médica da equipe foram realizadas visitas domiciliares com os estudantes do Internato de Saúde da Família e Saúde Coletiva do último ano da graduação devido à integração ensino-serviço proporcionada pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Simultaneamente às ações de monitoramento por meio da planilha, foram realizadas atividades de educação permanente sobre a avaliação dos processos da intervenção e temas selecionados de acordo com a demanda de toda a equipe em reunião na USF sobre doenças crônicas. Os temas escolhidos foram insulinoterapia, avaliação dos pés de pessoas com diabetes, hábitos saudáveis, prevenção de doenças cardiovasculares e autocuidado para pessoas com HAS e/ou DM.

Além dessas atividades de educação permanente na própria USF indicada para intervenção, foi proposto realizar a capacitação com os demais profissionais médicos, enfermeiros e odontologistas que compõem as equipes da Atenção Básica do município de Santo Antônio de Jesus.

O relato refere-se à experiência de projeto de intervenção, sem necessidade de avaliação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa, pois não foram utilizadas informações de participantes de forma individual, além das próprias autoras.

RESULTADOS

Atualmente, a área de abrangência da USF Viriato Lobo inclui seis microáreas com cobertura de ACS e mais algumas microáreas sem cobertura de ACS. Este relato se limita à intervenção realizada nas seis microáreas com cobertura. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Viriato Lobo assiste 3.701 usuários cadastrados na área, conforme cadastramento das agentes comunitárias, e 1.778 usuários nas seis microáreas, segundo o sistema eletrônico IDS adotado no município. Entre os 3.701 pacientes, 2.125 (57,4%) são do sexo feminino e 1.576 (42,6%) do sexo masculino, sendo 2.884 (78%) adultos e 581 (15,7%) idosos.

Durante a intervenção realizada foi pactuada em reunião de equipe a atualização de listas nominais de usuários com HAS e/ou DM, tendo as ACS como responsáveis. A partir dessa lista, em junho de 2023, foi evidenciado o resultado de 531 pacientes com HAS e/ou DM, sendo 502 indivíduos com HAS e 165 com DM (13,6 e 4,5% dos usuários cadastrados pelas ACS, respectivamente), e prevalência de 28% de HAS e 9,3% de DM, considerando o sistema IDS.

Concomitantemente à atualização da lista de usuários, foi criada uma ferramenta para monitoramento dos usuários com HAS e DM a partir de planilha eletrônica no programa Microsoft Excel. Nessa planilha, a partir do risco cardiovascular, foi estimado o tempo entre consultas para cada usuário e, a partir da data da última consulta médica ou de enfermagem, foram identificados pacientes faltosos às consultas, conforme periodicidade calculada.

A planilha de monitoramento foi alimentada e atualizada pelas profissionais médica e enfermeira da equipe de saúde da família durante as consultas individuais com disponibilização de acesso às ACS

e compartilhamento do progresso da intervenção e discussões para avaliação do processo durante as reuniões de equipe. Entre os meses de agosto e outubro de 2023 foi observado um total de 360 usuários faltosos (68% dos pacientes com HAS e DM), dos quais 146 (40%) apresentavam risco cardiovascular alto ou muito alto. A partir desse resultado, em reunião de equipe, foram decididas algumas estratégias para garantir o acesso desses usuários ao serviço de saúde.

Entre as estratégias utilizadas estavam a organização da agenda semanal com horários marcados para pacientes faltosos, convocados por cada uma das seis ACS durante os meses de novembro e dezembro de 2023, além de visitas domiciliares realizadas por internos de Medicina do último ano de graduação, sob supervisão da médica da equipe, e programação de retorno periódico pactuado com os usuários em cada consulta. Após essas estratégias de busca ativa e com a atualização constante da planilha de dados, a quantidade de usuários faltosos reduziu para 198 (redução de 45%), dos quais 64 são de alto ou muito alto risco cardiovascular (redução de 56%).

Além disso, por meio da planilha é possível acompanhar indicadores de saúde, como o quantitativo de pacientes com HAS com níveis pressóricos controlados e pacientes com DM com níveis glicêmicos controlados. Após o período de análise, em dezembro de 2023, foi evidenciado que 71 pacientes com DM (43% do total) tiveram os valores de hemoglobina glicosilada informados no sistema, dos quais 40 (56%) estão com valores dentro da meta esperada. Em relação aos pacientes com HAS, 400 (80% do total) tiveram os valores pressóricos informados no sistema, dos quais 353 (88%) apresentaram níveis pressóricos controlados.

Os indicadores de pacientes com HAS e/ou DM atendidos no semestre também podem ser avaliados a partir do sistema com prontuário eletrônico adquirido pelo município de Santo Antônio de Jesus, de nome IDS Saúde. A partir da busca nesse sistema, foram encontradas diferenças entre os números de usuários cadastrados, bem como de usuários com HAS e/ou DM em comparação com a lista nominal. No sistema, constam 586 usuários cadastrados com HAS e 187 com DM, porém alguns desses usuários têm HAS e/ou DM como problema/condição avaliada de forma equivocada, após registro errado e permanente no sistema, e outros sete pacientes com HAS e dois com DM, apesar de terem essas condições, não têm o registro salvo no sistema, dificultando a avaliação fidedigna dos dados. Além disso, no IDS, ainda estão listados 14 pacientes que mudaram de área ou cidade e 12 óbitos.

Simultaneamente às ações de monitoramento e busca ativa, foram realizadas atividades de educação permanente sobre a avaliação dos processos da intervenção e temas escolhidos sobre condições crônicas. Entre os meses de novembro e dezembro houve três encontros em que foram abordados os temas de insulino terapia, avaliação dos pés de pessoas com diabetes e hábitos saudáveis, com mediação pela médica da equipe durante as reuniões quinzenais que ocorreram na unidade de saúde.

DISCUSSÃO

O monitoramento de usuários da USF Viriato Lobo com HAS e DM, realizado por meio de planilha eletrônica, demonstrou que o conhecimento da demanda e a organização da agenda baseada em estratificação de risco cardiovascular permitiram buscar usuários com acompanhamento atrasado e programar retornos com a periodicidade esperada.

O planejamento estratégico por meio do monitoramento de condições crônicas na comunidade adscrita à USF objetiva a melhoria da saúde no território. Cabe destacar que a melhora da saúde vai além de boas práticas clínicas individuais relacionadas à estratificação de risco cardiovascular, abrangendo

as políticas ambientais e sociais, haja vista que a classe social é um forte preditor de saúde e doença e um indicativo de vários determinantes da saúde.¹⁴ A mortalidade cardiovascular pode ser reduzida com a diminuição da desigualdade social, por meio de políticas públicas que permitam melhor distribuição da riqueza. Além disso, iniciativas de saúde pública, como as políticas antitabagismo, impactam fortemente na redução de mortes cardiovasculares, evidenciando a importância de ações coletivas para a mitigação de um complexo problema de saúde pública.¹⁵

Em relação ao quantitativo de usuários com HAS e DM da USF Viriato Lobo, foi observado que o número de indivíduos com essas doenças pode estar subestimado, enquanto o número total de usuários da USF pode estar superestimado no cadastramento de cada microárea, impactando no valor percentual de pacientes com HAS e DM na USF.

Considerando o quantitativo informado de pacientes com HAS e DM por cada ACS, os cadastros dos pacientes com HAS correspondem a 13,6% do total, e os dos pacientes com DM, a 4,5%. No Brasil, de acordo com a pesquisa Vigitel 2023, a porcentagem de pacientes com HAS é de 27,9%, e de pacientes com DM, de 10,2%.² Por outro lado, considerando que são 1.778 usuários cadastrados pelo sistema eletrônico nas seis microáreas relatadas, a porcentagem de pacientes com HAS se eleva para 28%, e de pacientes com DM, para 9,3%.

A experiência relatada está de acordo com o acompanhamento sistemático dos componentes do cuidado aos pacientes com condições crônicas realizado em Singapura por meio do Registro de Doenças Crônicas.⁶ Nesse registro, os dados também são tabulados em planilha Excel e permite que os médicos de família e a agência de supervisão de atenção primária avaliem a qualidade dos cuidados prestados, possibilitando a identificação de oportunidades para melhorar as práticas de gestão existentes. Em Singapura, foram relatadas algumas dificuldades de manter o monitoramento eletrônico, principalmente pela escassez de tempo além do tempo de assistência prestada pelos médicos para usar essa ferramenta de gestão, realidade que também está posta na atenção primária brasileira.

Ferramentas como essa planilha contendo todos os usuários com doenças crônicas que necessitam de cuidados continuados são úteis e permitem a vigilância simultânea de toda a subpopulação e a organização do acesso.⁵ Além disso, esses instrumentos de gestão possibilitam o monitoramento e a avaliação dos riscos, contribuindo com a implantação da gestão dos riscos da atenção à saúde nas ESF, como proposto no MACC.⁸

No MACC, a gestão dos riscos da atenção à saúde é uma ação prioritária e é considerada essencial em programas de qualidade. Essa gestão é baseada no princípio hipocrático de primeiro não causar danos, permitindo o reconhecimento de erros e eventos adversos de problemas de organização nos ambientes físico e social em que o cuidado é prestado. Em outras palavras, o conceito de gestão dos riscos da atenção à saúde significa desenvolver práticas clínicas baseadas em evidências que permitam diminuir os riscos clínicos e os eventos adversos. A sua implantação na ESF envolve educação permanente dos profissionais e o fornecimento de informação aos usuários sobre os riscos e os benefícios das intervenções médicas.⁸

Além disso, a intervenção relatada possibilitou a retomada da educação permanente em saúde dentro da rotina da USF, em tempo protegido para esse fim e com foco na demanda dos atores presentes naquele cotidiano. Dentro do contexto de cuidado às condições crônicas, a educação permanente é essencial para que os profissionais possam se manter atualizados⁸ e, assim, contribuam com orientações para o autocuidado apoiado à população e sobre a necessidade de cuidado continuado no caso de condições crônicas, fortalecendo a adesão dos usuários ao serviço.

Essa planilha é uma ferramenta que contribui com o diagnóstico de saúde da comunidade, o que permite que seja realizada uma abordagem comunitária das doenças crônicas, que também envolve ações de planejamento e atenção domiciliar. No acompanhamento das famílias na USF Viriato Lobo também é utilizada a escala de risco familiar de Coelho e Savassi, que possibilita a estratificação de risco social e potencial adoecimento das famílias do território, priorizando as visitas domiciliares de usuários com condições crônicas que compõem famílias com maior vulnerabilidade.¹⁶

Ao contrário do que ocorre em uma organização do processo de trabalho fragmentada e centrada em produtividade, nessa unidade de saúde foi possível uma intervenção efetiva a partir do envolvimento dos profissionais com o processo de cuidado, garantindo tempo para que o processo fosse bem planejado e avaliado durante sua execução.¹⁷ Os profissionais foram envolvidos em todas as etapas da intervenção e, ao reconhecerem o valor de uso das ações realizadas para gestão do cuidado das doenças crônicas, comprometeram-se com o objetivo do projeto.

Durante e após as atividades de busca ativa, realizadas em grande parte por meio de visitas domiciliares, a equipe considerou positiva a vigilância de pessoas com condições crônicas, uma vez que essa possibilitou melhoria de indicadores de saúde. Os usuários atendidos durante o período também deram um retorno positivo sobre as ações executadas por meio do monitoramento, uma vez que estas proporcionaram melhoria do acesso e do vínculo com a equipe de saúde da família de referência.

A partir desta experiência, conclui-se que o monitoramento do quantitativo de usuários com condições crônicas, do controle das doenças de base e da periodicidade de suas consultas de cuidado continuado permitem o delineamento da demanda da área de abrangência da ESF. Assim, é possível realizar planejamento estratégico e alcançar melhoria na gestão organizacional do cuidado de populações em risco.

Este estudo apresentou limitações por não abranger toda a população com HAS e/ou DM atendida pela ESF Viriato Lobo, pela dificuldade de correção das inconsistências encontradas entre o sistema e os dados de listas nominais atualizados e pela dificuldade de aplicar outras estratégias de busca ativa, tais como teleconsultas, consultas coletivas ou atividades em grupos operativos, inativas na unidade durante esse período. Além disso, não foi possível realizar, até o momento de conclusão deste relato, dois encontros previstos de educação permanente sobre prevenção de doenças cardiovasculares e autocuidado apoiado para pessoas com HAS e/ou DM e capacitação prevista sobre temas sensíveis às condições crônicas para demais equipes da APS do município.

Outra fragilidade durante o período descrito foi a rotatividade das profissionais enfermeira e dentista, que gerenciam a unidade de saúde da família no município. O mercado de trabalho dinâmico contribui para a dificuldade de fixação de profissionais na APS, configurando um desafio para a manutenção das equipes de trabalho e implicando na necessidade de políticas para valorização dos profissionais de saúde em que suas expectativas de renda e formação possam ser atendidas.

Espera-se que essa intervenção para monitoramento da população com doenças crônicas possa ser expandida para outras unidades de saúde da família do município. Além disso, também são apontadas perspectivas futuras para ampliação das atividades de educação permanente em saúde para todos os profissionais da APS do município e fortalecimento das atividades de educação em saúde, com incentivo principalmente para atividades no território.

As planilhas de estratificação de risco cardiovascular são apropriadas para gestão de saúde populacional, não para tomada de decisões no nível individual. O papel dos médicos de família e comunidade extrapola o indivíduo e envolve o apoio à comunidade e à saúde pública, atuando de forma conjunta para ações promocionais e preventivas em saúde no território, onde é possível alcançar os objetivos dos níveis 1 e 2 do MACC.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LB: Conceituação, Análise Formal, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Revisão e Edição. MCMS: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Obtenção de Financiamento, Investigação, Administração do Projeto, Recursos, Software, Validação, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Pascucci D, Sassano M, Nurchis MC, Cicconi M, Acampora A, Park D, et al. Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: Findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. *Health Policy* 2021;125(2):191-202. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.006>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023 [acessado em 27 out. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>
3. Esperat MC, Hust C, Song H, Garcia M, McMurry LJ. Interprofessional Collaborative Practice: Management of Chronic Disease and Mental Health Issues in Primary Care. *Public Health Rep* 2023;138(1_suppl):29S-35S. <https://doi.org/10.1177/00333549231155469>.
4. Freeman TR. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Freeman TR. *Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
5. Duncan MS, Goldraich MA, Chueiri PS. Cuidados longitudinais e integrais a pessoas com condições crônicas. In: Duncan BB. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2022. p. 1035-73.
6. Foo C, Surendran S, Tam CH, Ho E, Matchar DB, Car J, et al. Perceived facilitators and barriers to chronic disease management in primary care networks of Singapore: a qualitative study. *BMJ Open* 2021;11(5):e046010. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046010>
7. Jones JL, Simons K, Manski-Nankervis JA, Lumsden NG, Fernando S, de Courten MP, et al. Chronic disease IMPACT (chronic disease early detection and improved management in primary care project): An Australian stepped wedge cluster randomised trial. *Digit Health* 2023;9:20552076231194948. <https://doi.org/10.1177/20552076231194948>
8. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acessado em 24 jan. 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
9. A rede de atenção em Santo Antônio do Monte [Internet]. APSREDES; 2014 [acessado em 27 out. 2023]. Disponível em: <https://apsredes.org/reportagem-especial-liacc-de-santo-antonio-do-monte-acompanha-a-construcao-da-rede-de-atencao-as-condicoes-cronicas/>
10. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam Pract* 2018;19(1):11. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0692-3>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acessado em 27 out. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf
12. D'Agostino Sr RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2008;117(6):743-53. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579>.
13. Souza M. Planilha de monitoramento de condições crônicas. Zenodo 2024. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10929259>.
14. Freeman TR. A melhora da saúde e a prevenção de doenças. In: Freeman TR. *Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
15. Gêrvas J. Risco cardiovascular, efetividade e mortalidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2011;6(20):165-70. [https://doi.org/10.5712/rbmf6\(20\)437](https://doi.org/10.5712/rbmf6(20)437)
16. Fernandes CLC, Falceto OG, Givisiez BS, Wartchow ES. Abordagem familiar. In: Duncan BB. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2022. p. 561-98.
17. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, orgs. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 197-228.