UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

NATÁLIA CHIAPINI DANELLUCCI DEGANI

É viável a Gestão de Casos na Atenção Primária no Brasil para pacientes com multimorbidades? Análise secundária de estudo qualitativo com pacientes e profissionais de unidades de Estratégia de Saúde da Família no XIII Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo

Ribeirão Preto
2022

NATÁLIA CHIAPINI DANELLUCCI DEGANI

É viável a Gestão de Casos na Atenção Primária no Brasil para pacientes com multimorbidades? Análise secundária de estudo qualitativo com pacientes e profissionais de unidades de Estratégia de Saúde da Família no XIII Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Orientador: Prof. Doutor João Mazzoncini de Azevedo Marques

Ribeirão Preto

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Degani, Natália Chiapini Danellucci

É viável a Gestão de Casos na Atenção Primária no Brasil para pacientes com multimorbidades? Análise secundária de estudo qualitativo com pacientes e profissionais de unidades de Estratégia de Saúde da Família no XIII Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo

89 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Azevedo-Marques, M. João.

1. Gestão de casos. 2. Doenças crônicas.
3. Multimorbidades. 4. Cuidado. 5. Cuidados primários.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Natália Chiapini Danellucci Degani

É viável a Gestão de Casos na Atenção Primária no Brasil para pacientes com multimorbidades? Análise secundária de estudo qualitativo com pacientes e profissionais de unidades de Estratégia de Saúde da Família no XIII Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre priorizaram e valorizaram os meus estudos e minha educação, além de todo amor e cuidado dispendidos a mim, sem eles não teria sido possível chegar até aqui. Ao meu esposo e parceiro Hugo, por estar comigo em todos os momentos desta jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me possibilitar percorrer todo este tempo de trabalho com muita saúde.

Ao meu orientador professor doutor João Mazzoncini de Azevedo Marques, por ter tão generosamente me aceitado como sua aluna desde o momento que eu o procurei, por ser um professor cuidadoso e atencioso, e pela orientação deste trabalho.

Pela colega Estenifer Marque Balco pela convivência e auxílio neste tempo de estudos.

Pela professora doutora Ana Carolina Guidorizzi Zanetti pela validação do trabalho, correções, e todo apoio, durante meu percurso.

Aos colegas com quem compartilhei aulas, trabalhos, convívio, trocas.

Aos professores do departamento pelas aulas, pelos cafés (enquanto ainda estávamos fora da pandemia), pelos ensinamentos.

E em especial, pela querida professora e orientadora Magdalena Rzewuska, pela orientação primorosa que me ofereceu durante esses anos. Com certeza saio desta experiência influenciada muito positivamente pelo jeito, cuidado, atenção, e dedicação que a Magda tem com seu trabalho e que envolve aos que estão a sua volta.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

Obrigada a todos por me acompanharem em minha travessia.

“O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.”

João Guimarães Rosa

RESUMO

Degani, D.C.N. **É viável a Gestão de Casos na Atenção Primária no Brasil para pacientes com multimorbidades? Análise secundária de estudo qualitativo com pacientes e profissionais de unidades de Estratégia de Saúde da Família no XIII Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo.** 2022. 89f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2022.

As condições crônicas, são condições mentais ou físicas persistentes ou de longa duração em que seus efeitos aparecem com o tempo. Multimorbidade (MM) pode ser definida como presença de duas ou mais doenças crônicas em um indivíduo. A gestão de casos mostrou ser uma das sete intervenções relacionadas com melhor qualidade de cuidado e melhores resultados clínicos para pessoas com MM. Sendo assim, o presente trabalho descreveu o processo atual de cuidado para MM na atenção primária brasileira e quem são os atores envolvidos, na perspectiva de profissionais de saúde e de pacientes, para obter o entendimento sobre a viabilidade da gestão de casos como modelo de cuidado integrado nesse contexto. Foi realizada pesquisa qualitativa com análise temática utilizando uma análise do framework de dados secundários de entrevistas semiestruturadas individuais através de uma amostra aleatória estratificada incluindo médicos de clínica geral, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde e com pacientes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Ribeirão Preto, SP e região. As entrevistas foram analisadas até que novos temas não foram mais identificados (saturação). Foram analisadas oito entrevistas com profissionais de saúde, a saturação foi alcançada após cinco. Em relação aos pacientes a saturação foi alcançada após três, de seis analisadas. O processo de cuidado de pessoas com doenças crônicas foi desenhado a partir das respostas dos participantes. Foram desenvolvidos cinco temas: identificação, avaliação, desenvolvimento, monitoramento e ajustes, e dentro de cada um deles, foram delineados os processos que acontecem e quais são os profissionais envolvidos, posteriormente estes aspectos foram comparados com os componentes de gestão de casos. O processo de cuidado nas ESF de Ribeirão Preto, SP e região, possui elementos necessários para a implementação da gestão de casos para MM, tornando-se potencialmente um modelo viável. No entanto, os processos e procedimentos precisam ser otimizados, bem como as funções dos profissionais de saúde, que devem ser melhor definidas. Ainda, a função do gerente de caso deve ser dividida entre diferentes profissionais de saúde e integrada a um sistema de tecnologia da informação.

Palavras-Chave: gestão de casos, doenças crônicas, multimorbidades, cuidado, cuidados primários

ABSTRACT

Degani, D.C.N. **Is case management for patients with multimorbity viable in Brazilian primary care? Secondry analysis of interviews with patients and professionals in family strategy units in Regional Health District XIII of São Paulo.** 2022. 89f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2022.

Chronic conditions are persistent or long-lasting mental or physical conditions in which their effects appear over time. Multimorbidity (MM) can be defined as the presence of two or more chronic diseases in an individual. Case management has been shown to be one of seven interventions related to better quality of care and better clinical outcomes for people with MM. This research described the current usual MM care process in Brazlian primary care setting and who are the actors involved in it, from the perspective of health professionals and patients, to gain insights about viability of case managment as an integrated care model in that context. Qualitative study with thematic analysis was performed using a secondary data framework analysis of individual semi-structured interviews through a stratified random sample including general practitioners, nurses, nursing assistants and community health workers and with patients from the Family Health Strategy (FHS) of Ribeirão Preto, SP and its region. The interviews were analyzed until new themes were no longer identified (saturation). The saturation of interviews with health professionals was reached after five interviews, out of eight analyzed, in relation to patients, saturation was reached after three out of six analyzed. The care process for people with chronic diseases was designed based on the participants' responses. Five themes were developed: identification, evaluation, development, monitoring and adjustments, and within each of them, the processes that take place and which are the professionals who deliver this work demand were outlined. Later these aspects were compared with the case management components. Current care process in FHS of Ribeirão Preto, SP and its region, has elements required for the implementation of case management for MM, making it potetnially a vialble care model. However the processes and procedure need to be optmized, as well as the roles of health professionals better deifined, with the role of case manager divided between different health care profesional and intergrated with an IT system.

Keywords: case management, chronic diseases, multimorbidities, care, primary care

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1: Os seis desafios universais para organização do cuidado em saúde de boa qualidade (fonte: Bate et al., 2008 em Bate e al., 2014)..... 21

Figura 3.1: Processo de cuidado da pessoa com doenças crônicas nas USF em da região de Ribeirão Preto/SP..... 31

Figura 4.1: Componentes principais de intervenção - dos princípios às práticas..... 71

Figura 4.2: Exemplo de aplicação AACTT em diversos momentos do processo de cuidado neste estudo. 75

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1: Características dos oito profissionais entrevistados. 29

Tabela 3.2: Características dos seis pacientes entrevistados incluídos nesta análise. 30

Tabela 4.1: Comparação dos componentes de GC com o que foi encontrado no processo de cuidado nesse estudo. Ribeirão Preto, 2021. 57

Tabela 4.2: Principais funções do gerente de caso e possíveis atores em contexto do estudo atual. 60

Tabela 4.3: Um exemplo da implementação da AACTT. 73

Tabela 4.4: Exemplo de aplicação do AACTT no contexto atual. 74

LISTA DE SIGLAS

MM – Multimorbidades

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Atenção primária à saúde (APS)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Gerenciamento de caso (GC)

Estratégia de Saúde da Família (ESF),

Ministério da Saúde do Brasil (MSB)

Projeto Terapêutico Singular – PTS

Ensaios clínicos randomizados (RCTs)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO 19

3 ARTIGO CIENTÍFICO 23
INTRODUÇÃO 23
MÉTODOS 25
Configuração do Estudo Atual 25
Análise Qualitativa 25
Análise secundária de dados qualitativos 25
Fonte de Dados 26
Aprovação ética 26
Amostra 26
Análise de Dados 27
Processo analítico 27
Validação 28
Desenvolvimento do framework 28
RESULTADOS 29
Abordagens 32
Elementos de Abordagem Centrada na Pessoa 32
Elementos da Abordagem Biopsicossocial 32
Busca Ativa 33
Identificação e pré-seleção de indivíduos-alvo 34
Sistema de Triagem 34
Avaliação das necessidades e seleção de indivíduos-alvo 34
Consulta médica 34
Uso dos Protocolos ou Manuais de Avaliação 34
Entrevista médica longa 35
Entrevista médica curta 35
Uso dos prontuários 36
Uso da relação terapêutica 37
Discussão dos casos com equipe 37
Desenvolvimento dos planos de cuidado 38

Planejamento 38
Cuidado “menos intensivo” 39
Cuidado “intensivo” 39
Paciente descompensado 39
Vulnerabilidade social 40
Monitoramento 40
Orientações 40
Visitas domiciliares de monitoramento 41
Medidas de Parâmetros Biológicos 42
Sistema da Farmácia 42
Ajustes no cuidado 42
Identificação de quem precisa ajuste 42
Encaminhamento 43
Integração de Cuidado 44
Comunicação entre profissionais 44
Apoio multidisciplinar 44
DISCUSSÃO 45
Resumo de estudo 45
Comparação com literatura 46
Pontos fortes e limitações do estudo 47
Implicações para a pesquisa 48

4 DISCUSSÃO GERAL 51
Comparação com a literatura sobre as abordagens de cuidado no Brasil 51
Abordagem Centrada na Pessoa 51
Abordagem Biopsicossocial 51
Busca Ativa 52
Comparação do modelo de cuidado no Brasil com as evidências disponíveis 53
Comparação entre os componentes principais da gestão de casos e as evidências disponíveis 56
Comparação entre as funções de gerente de casos e as evidências disponíveis. 59
Pontos fortes e limitações desse estudo 61
Dados 61
Metodologia 62

Implicações para a prática.....63
Acolhimento.....63
Atenção Centrada na Pessoa e na Família.....64
Cuidado continuado/atenção programada 64
Atenção multiprofissional.....65
Projeto terapêutico singular.....65
Regulação da rede de apoio 65
Apoio Matricial.....66
Acompanhamento Não Presencial.....66
Atendimento Coletivo 67
Autocuidado 67
Linhas de Cuidado e Diretrizes Clínicas.....68
Estratificação de Risco.....68
Educação Permanente.....69
Outros pontos importantes de implicações para a prática 69
Padronização 69
Planejamento 70
Implicações para a pesquisa.....71
Blase e Fixsen (2013) 71

5 CONCLUSÕES.....77

REFERÊNCIAS.....78

APÊNDICE.....85
Apêndice 1: Codificação indutiva. 85
Apêndice 2: Desenvolvimento da estrutura analítica (framework). 86
Apêndice 3: Exemplos de codificação das entrevistas com profissionais com o framework......88
Apêndice 4: Exemplos de codificação das entrevistas com pacientes com o framework. 89

1 INTRODUÇÃO

As condições crônicas de saúde impactam de maneira significativa a vida dos indivíduos acometidos. Em 2008, 63% das mortes ocorridas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, ou seja, trinta e seis milhões, foram resultado direto de doenças crônicas, principalmente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Por volta de nove milhões destas mortes, ocorreram em pessoas com menos de sessenta anos de idade, e 90% destas mortes prematuras aconteceram em países de baixa e média renda. Além disso, comunidades mais desfavorecidas e marginalizadas em países desenvolvidos também apresentaram um aumento destas doenças (Davy et al, 2015).

Nessa direção, indivíduos com multimorbidades (MM), ou seja, que apresentam duas ou mais doenças crônicas, incluindo doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), transtornos mentais e doenças infecciosas (Academy of Medical Sciences, 2018), têm representado um problema crescente nas economias no âmbito mundial (Academy of Medical Sciences, 2017). MM está associada a menor qualidade de vida relacionada à saúde, maior utilização de serviços de saúde e medicamentos prescritos, aumento da incapacidade e mortalidade em comparação com somente uma doença crônica. A maioria das evidências sobre a MM e os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde provêm de países de alta renda (Academy of Medical Sciences, 2017). No contexto nacional, um estudo identificou que as MM são muito comuns, principalmente em populações adultas, com uma prevalência de 24%, aumentando de acordo com a idade e menor escolaridade (Rzewuska et al., 2017).

Pessoas com MM utilizam os serviços de atenção primária à saúde (APS) e hospitalar com mais frequência (Navickas et al., 2016). Um motivo comum para o uso frequente desses serviços está associado a complexidade das necessidades de saúde desse grupo, especialmente, quando as comorbidades estão associadas a problemas de saúde mental e/ou vulnerabilidade social (Hudon et al, 2016). MM é um fator importante associado à necessidade de cuidados mais intensivos e diversificados e com maiores custos associados (Academy of Medical Sciences, 2018). Os usuários frequentes de serviços de saúde apresentam maior risco de invalidez, perda de qualidade de vida e mortalidade (Hudon et al., 2016). Embora algumas condições coincidentes físicas possam ser gerenciadas concomitantemente com mais facilidade, a presença de condições físicas e mentais aumenta a

complexidade do atendimento clínico. Nesse caso, tanto a escolha quanto a adesão ao tratamento podem ser mais difíceis, e a não adesão pode reduzir ainda mais a qualidade de vida que já é baixa (Kathol et al., 2018).

Ao considerar a importância de medidas para proporcionar um melhor cuidado aos indivíduos com MM, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que um ambiente adequado para o gerenciamento de condições crônicas seria a APS, por incluir como premissas a continuidade, coordenação e abrangência no cuidado (Reynolds et al., 2018). Cabe ressaltar, que uma das características das doenças crônicas é a necessidade, na maioria das vezes, de um longo período de supervisão, observação e cuidado, condições que podem ser realizadas em contextos de APS. Os países com serviços de APS bem estruturados tendem a apresentar melhores resultados de saúde a um custo mais baixo (Reynolds et al., 2018).

Além disso, a OMS também propõe a implementação de serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas (WHO, 2016) (em inglês: *integrated and people-centered health services)*, devido ao seu potencial para ofertar um atendimento de melhor qualidade e ser financeiramente mais sustentável tanto para os indivíduos com doenças crônicas, como para as populações de países de alta (Poitras, 2018 e Stokes, 2015), média ou baixa renda (WHO, 2016). Esforços são agora empreendidos para testar a eficácia do modelo de cuidado integrado, especificamente para MM (Margot, 2008).

A gestão de caso (GC), internacionalmente definida como (em inglês: *case management*) tem se apresentado como uma estratégia importante e que pode possibilitar o trabalho de forma integrada com as condições crônicas de saúde. Um estudo mostrou que o GC pode ser uma das sete intervenções relacionadas com melhor qualidade de cuidado e melhores resultados clínicos para pessoas com MM (Baker, 2018). O GC é entendido como “um processo colaborativo que engloba a comunicação e facilita o atendimento ao longo de um “continuum” ou por meio de uma coordenação eficaz [..] Com o objetivo de alcançar uma boa saúde, acesso aos cuidados e utilização adequada dos recursos, equilibrada com o direito do paciente ter autonomia”. As etapas para a estruturação do GC devem, pelo menos, considerar a seleção de pacientes que necessitam desta estratégia para o sucesso do tratamento, a avaliação e definição das necessidades, o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado/personalizado, a organização e ajustes dos processos de cuidado,

monitorização da qualidade do atendimento e manutenção do contato com o paciente e o cuidador (quando esse existe) (Baker, 2018).

Um estudo qualitativo realizado no Canadá (Hudon et al., 2015) que teve como objetivo avaliar a experiência de pacientes e seus familiares com a integração de cuidados na APS através da intervenção de GC, foi desenvolvido com usuários frequentes de serviços de saúde, e mostrou que os participantes referiram sentir que suas necessidades foram levadas em consideração, especialmente no que diz respeito ao acesso ao sistema de saúde. O gerente de caso facilitou o acesso à informação, bem como a comunicação e coordenação entre os parceiros de saúde e da comunidade. Essa comunicação aprimorada confortou os pacientes e criou uma relação de confiança. Os participantes eram ativamente envolvidos na tomada de decisões.

Uma outra revisão sistemática realizada em Taiwan (Joo e Liu, 2016) sintetiza evidências recentes da eficácia do GC na redução do uso de hospitais por indivíduos com doenças crônicas. Dos estudos analisados dez foram publicados entre 2007 e 2015, recuperados e avaliados quanto ao risco de viés metodológico. Todos os estudos utilizaram o GC como intervenção, com foco em serviços de cuidados de transição e relataram o uso de hospitais, incluindo reinternações e departamentos de emergência e visitas hospitalares, como desfecho primário. A análise dos estudos mostrou que o GC reduziu significativamente as reinternações hospitalares e as visitas ao departamento de emergência.

No Brasil, o modelo assistencial da atenção primária brasileira está pautado, desde 1990, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se inspira em resoluções da Alma-Ata (Brasil, 1978) e reafirma os princípios do SUS (Brasil, 1990), oferecendo assistência integral e contínua às famílias e comunidades, incluindo ações multiprofissionais de forma interdisciplinar, construindo relações acolhedoras e de vínculo entre profissionais e a população, com ênfase em vigilância em saúde e na promoção da saúde (Fertonani, 2014). A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na APS.

No Brasil, há a gestão da condição de saúde que é o guia que normatiza a condição de saúde na ESF em seus aspectos promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos. Esta gestão estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde (Fertonani, 2014).

O Ministério da Saúde do Brasil (MSB) implementou progressivamente várias medidas políticas e financeiras para fornecer assistência integrada e centrada na pessoa, com base em uma atenção primária pública forte. O MSB propôs um projeto terapêutico Individual (Projeto Terapêutico Singular - PTS) como um instrumento para o GC de cuidados centrados na pessoa para casos complexos, por meio de uma equipe multidisciplinar, e apoio matricial, cuja eficácia e efetividade são desconhecidas. Até o momento, pouco se sabe sobre como é o GC práticos de pacientes de atenção primária à MM no Brasil (Silva, 2016).

Mendes (2012) trata a GC como uma das principais ferramentas de micro gestão de serviços definida na Portaria n°4279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o autor, a GC, é entendida no Brasil como um processo que ocorre entre o profissional responsável pelo caso e o paciente com intuito de planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de oferecer uma atenção de qualidade e humanizada. É, portanto, uma relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o paciente (Mendes, 2012).

Um ensaio clínico randomizado e controlado foi conduzido em 2019 com 12 meses de acompanhamento em uma clínica de saúde primária no sul do Brasil (Da Silva et al, 2019). Pacientes adultos com hipertensão foram alocados aleatoriamente para intervenção (n = 47) e grupos de cuidados habituais (n = 47). O modelo de GC de enfermagem incluiu consultas de enfermagem, contato telefônico, visitas domiciliares, educação em saúde e encaminhamentos apropriados. Os resultados dos pacientes relacionados a medida da pressão arterial, índice de massa corporal, circunferência da cintura, qualidade de vida, adesão ao tratamento foram avaliados no início do estudo e no acompanhamento de 6 e 12 meses para o grupo intervenção e no início do estudo e acompanhamento de 12 meses para o grupo de cuidados habituais. Os resultados foram satisfatórios; após a intervenção, a pressão arterial do grupo intervenção diminuiu em comparação ao grupo de cuidados habituais.

Apesar disso, este processo ainda não é utilizado na APS e na ESF especificamente (Mendes, 2012). Segundo o autor essa é uma das maiores questões que se coloca para a adequação da ESF para responder ao desafio das condições crônicas. As pessoas que mais sofrem e que implicam maiores gastos, sem a gestão de caso, não poderão ter uma abordagem humanizada e eficiente (Mendes, 2012).

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O GC apresenta-se como uma intervenção com potencial para aprimoramento do cuidado e melhora da qualidade do atendimento nos serviços de saúde. Assim, pode trazer maiores benefícios para pacientes e, também, para os profissionais no processo de cuidado, quando comparado ao modelo biomédico (Verdi, et al., 2010).

Intervenção é uma série de eventos inter-relacionados que ocorrem dentro de um sistema onde há mudança no resultado, por exemplo, redução da depressão ou melhora do controle do diabetes (Cambon, Terral e Alla, 2019). Uma intervenção pode ser complexa, devido a propriedades da própria intervenção, como o número de componentes envolvidos, a gama de comportamentos direcionados, experiência e habilidades exigidas por aqueles que realizam e recebem a intervenção, o número de condições observadas, as configurações envolvidas e a flexibilidade necessária da intervenção ou de seus componentes (Skivington, et al., 2021).

Como já pudemos ver acima o GC envolve um processo colaborativo de avaliação, planejamento, facilitação, coordenação de cuidados, avaliação e defesa de opções e serviços para atender às necessidades de saúde abrangentes de um indivíduo e da família por meio da comunicação e dos recursos disponíveis para promover resultados de qualidade e com boa relação custo-benefício (Fraser, Perez e Latour, 2007). O GC propõe uma pessoa específica para ser o gerente de caso, contudo, um estudo desenvolvido sobre a temática sugeriu que a eficácia do GC pode ser aumentada quando realizada por uma equipe multidisciplinar, isto é, por vários atores envolvidos. Portanto, o GC trata-se de uma intervenção complexa.

Além disso, a complexidade de uma intervenção também pode surgir através das interações entre a intervenção e o seu contexto, o que significa “qualquer característica das circunstâncias em que uma intervenção é concebida, desenvolvida, implementada e avaliada” (Skivington, et al., 2021). O professor Paul Bate afirma que “sempre que ficamos perplexos que as coisas não saem como previsto ou planejado, invariavelmente é 'o contexto que é variável invisível', na verdade quando se trata do sucesso de qualquer intervenção o contexto é tudo” (Bate, et al., 2014).

Evidências sugerem que, na prática, a eficácia de intervenções complexas, bem como seu sucesso em alcançar populações relevantes, é influenciada de forma crítica por sua implementação em um determinado contexto. As estruturas

conceituais atuais, muitas vezes, falham em abordar o contexto e a implementação de uma forma integrada e, quando abordadas, tendem a se concentrar no contexto organizacional e se preocupam principalmente com campos específicos da saúde (Pfadenhauer, 2017).

Desta forma, uma revisão sistemática, identificou 22 estudos sobre perspectivas de profissionais da saúde da atenção primária a saúde sobre barreiras e facilitadores do GC, na prática (Teper, 2020). Os resultados evidenciaram a presença de nove barreiras e facilitadores que surgiram em diferentes estudos, representando as perspectivas de diversos profissionais de saúde pertencentes a seis países, além de relacionar barreiras e facilitadores em relação uns aos outros (Teper, 2020). Entre os temas abordados destacaram-se o contexto familiar, política e recursos disponíveis, compromisso do médico e compreensão da função do gerente de caso, construção de relacionamento, práticas de comunicação da equipe, autonomia do gerente de caso, treinamento em tecnologia, relações com pacientes, pressão de tempo e carga de trabalho. Tais achados elucidaram que a complexidade do GC surge também de um contexto, e os componentes do GC não podem ser tomados separadamente do mesmo.

Um contexto para intervenções de saúde, em geral, são locais de baixa e média renda, como o Brasil. Porém, para a estruturação dessas intervenções é fundamental um maior aprimoramento e avaliação da eficácia, particularmente com desenhos de estudos que incorporem melhor o contexto, e em ambientes de baixa renda (Stokes, 2015). Assim, mais pesquisas são necessárias em métodos mais eficazes de entrega (por exemplo, pesquisa incluindo um assistente social) e implementação (por exemplo, em um sistema de saúde com orientação de atenção primária inadequada), o que pode, adicionalmente, melhorar a eficácia (Stokes, 2015).

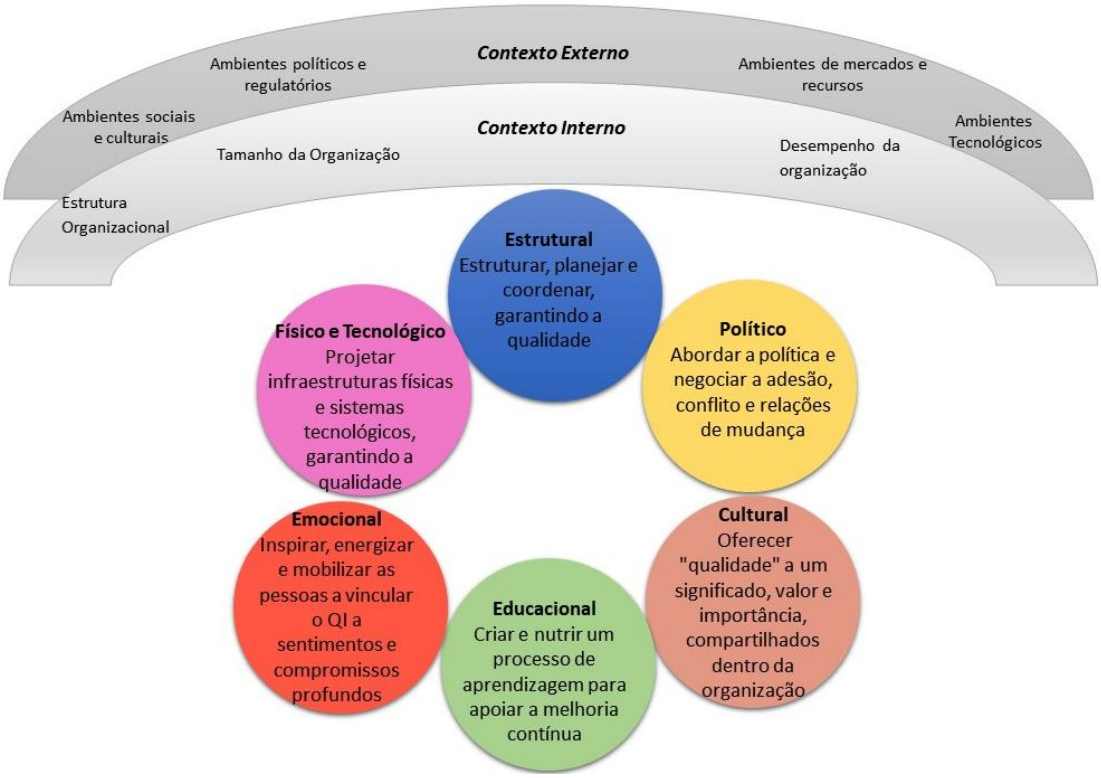
Para que haja a possibilidade de oferecer uma intervenção que realmente seja eficaz, precisamos saber, de fato, quais são os cuidados usuais aos pacientes que que estão sendo prestados em certo contexto (em inglês: *contextualised health research*).

Nesta dissertação, defendo que a primeira etapa da concepção de um tipo de intervenção de GC que pode funcionar no contexto da assistência à saúde no Brasil é compreender o processo atual de prestação de cuidados para pessoas que

seriam, em outro contexto, elegíveis para GC, ou seja, casos complexos, pacientes com MM. Melhorar esse entendimento é importante por duas razões principais.

Primeiramente, as evidências sugerem que, em geral, alguns contextos, em ambos os níveis "interno" (imediato, intra-organizacional, micro) e "externo" (social, político, macro) são mais receptivos à mudança do que outros (Bate, et al., 2014). Há seis desafios comuns para intervenções de melhoria da qualidade, que podem ser descritos como um desafio contextual organizacional (Figura 1.1) (Bate et al., 2014). Bate e colegas propuseram que cada um dos seis contextos da organização era importante de alguma forma para o sucesso ou não do esforço de intervenções de melhoria da qualidade, ou dito de outra forma, que a ausência ou fraqueza de um contexto receptivo em qualquer uma destas áreas levariam a um tipo específico de fracasso ou insucesso. Nessa direção, explorar o processo de cuidado atual, como um aspecto do contexto interno, focalizando os elementos envolvidos no GC, pode fornecer informações importantes para avaliação da receptividade da APS no Brasil em relação ao GC, e sobre quais elementos buscar e considerar ao projetar uma intervenção de GC.

Figura 2.1: Os seis desafios universais para organização do cuidado em saúde de boa qualidade (fonte: Bate et al., 2008 em Bate e al., 2014).



Além disso, caso uma intervenção de GC seja desenvolvida posteriormente para o cuidado de casos envolvendo MM no contexto da atenção primária brasileira, será fundamental compreender o cuidado usual (isto é, o processo atual de atenção) como um comparador. A ausência de informações sobre o cuidado usual pode afetar a interpretação da eficácia de uma intervenção. Os cuidados usuais prestados aos pacientes raramente são descritos em detalhes em ensaios clínicos randomizados de uma intervenção complexa (Yorgancy et al., 2020). Yorgancy e colaboradores em um trabalho desenvolvido em 2020 descreveram pontos importantes sobre o tema: o cuidado usual fornecido em um ensaio clínico randomizado foi caracterizado por meio de uma abordagem multi-método em diferentes momentos e a partir de diferentes perspectivas profissionais; foram identificadas semelhanças e variações no atendimento prestado aos pacientes dentro e entre os locais de estudo e ao longo do tempo, e o artigo fornece um método para a classificação do cuidado usual que deve ser incorporado em ensaios clínicos de intervenções complexas (Yorgancy et al., 2020).

Ao considerar os dados presentes na literatura analisada e as análises obtidas neste trabalho, dois aspectos seriam essenciais para a implementação do GC no contexto brasileiro:

1) Entender o contexto pela descrição de como é realizado este processo de cuidado usual (em inglês: *usual care*) para as pessoas com condições crônicas mentais e físicas concomitantes na APS no Brasil, pela perspectiva dos elementos básicos da GC.

2) Sugerir o tipo de desenho da GC, intervenção promissora, isto é, mais aproximada com os elementos que já existem (ou seja, buscando nos elementos dos processos e abordagens e identificando quais os atores e funções existentes) e buscando compreender quais aspectos devem ser melhorados e, ou se é necessário otimizá-lo.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

Percepção dos profissionais de saúde e pacientes sobre o processo de cuidado para doenças crônicas nas unidades da estratégia saúde da família da região de Ribeirão Preto/SP

Degani-Danellucci, NC[a], Anna Carolina Zanetti[b] de Azevedo-Marques, JM[c] e Rzewuska, M[d]

[a] Pós-graduanda no Programa de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Brasil

[b] Professora doutora Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas (Ribeirão Preto) de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Brasil

[c] Professor doutor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Brasil

[d] Pesquisadora doutora em Serviços de Saúde, Health Services Research Unit, University of Aberdeen, Scotland, UK

INTRODUÇÃO

Multimorbidade (MM) é definida como presença de duas ou mais doenças crônicas em um indivíduo. Mais especificamente condições persistentes ou de longa duração, inclusive doenças não transmissíveis (como artrite e diabetes), doenças infecciosas (como hepatite C e HIV/AIDs) e transtornos mentais (como depressão e ansiedade) (Academy of Medical Sciences, 2018). MM está associada a menor qualidade de vida relacionada à saúde, maior utilização de serviços de saúde e medicamentos prescritos, aumento da incapacidade e mortalidade (Academy of Medical Sciences, 2018). As doenças crônicas também são um problema crescente nas economias em desenvolvimento, tornando o MM um problema global (Academy of Medical Sciences, 2017).

Pessoas com MM são mais propensas a ter problemas de saúde, portanto, usam os serviços de atenção primária e hospitalar com mais frequência (Navickas, 2016). MM é um fator importante associado à necessidade de cuidados mais intensivos e diversificados e com maiores custos associados (Academy of Medical

Sciences, 2018), porque alguns indivíduos com MM apresentam múltiplos problemas físicos, mentais e sociais em interação. Embora algumas condições coincidentes físicas possam ser gerenciadas concomitantemente com mais facilidade, a presença de condições físicas e mentais aumenta a complexidade do atendimento clínico. Nesse caso, tanto a escolha quanto a adesão ao tratamento podem ser mais difíceis e a não adesão pode reduzir ainda mais a qualidade de vida que já é baixa (Kathol et al., 2018);

Os cuidados para pessoas com doenças crônicas, particularmente para aquelas com MM, requerem consideração cuidadosa, pois são padrões individuais complexos de cuidados (Navickas et al., 2016, Kathol et al., 2018 e Schaink et al.,2012). Um estudo qualitativo recente na atenção primária brasileira, mostrou o uso do gerenciamento de MM na atenção primária experimentada por pacientes e profissionais de saúde (Rzewuska et al., 2021).

A gestão de caso (GC) mostrou ser uma das sete intervenções relacionadas com melhor qualidade de cuidado e melhores resultados clínicos para pessoas com MM (Baker, 2018). É definido como “um processo colaborativo que engloba a comunicação e facilita o atendimento ao longo de um “continuum” por meio de uma coordenação eficaz [..]. Na prática, envolve a identificação de pacientes com necessidade desse gerenciamento de cuidados, avaliação de suas necessidades, desenvolvimento de plano de cuidados sob medida, organização e ajustes dos processos de cuidado, monitoramento da qualidade do atendimento e manutenção do contato com o paciente e o cuidador (quando esse existe) (Baker, 2018).

Na prática não existe uma grande literatura que indica a implementação deste modelo no Brasil. O ministério da saúde propõe o modelo, mas não existe evidência clara que ele existe na prática. O modelo de atenção definido pelo SUS se contrapõe ao modelo atual centrado na doença, ao atendimento de uma demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas, e aponta para a necessidade de se construir uma intersetorialidade para a promoção de saúde, integralidade dos saberes como o fortalecimento do apoio matricial, que considere as vulnerabilidades da população e suas necessidades, bem como, o fortalecimento de ações sobre as condições crônicas (Mendes, 2012).

A compreensão do processo de atendimento atual pode trazer um entendimento da viabilidade da GC e fornecer um comparador útil em futuros

ensaios clínicos controlados. GC como intervenção, poderia melhorar o processo de cuidado das MM na atenção primária no Brasil. Portanto, nesse estudo foi realizada uma análise secundária do conteúdo de entrevistas qualitativas estruturadas, com prestadores de cuidados e com pacientes da atenção primária - APS, na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. O objetivo específico foi descrever o processo de cuidado de doenças crônicas e MM na atenção primária e quem são os atores nele envolvidos, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde e dos pacientes.

MÉTODOS

Configuração do Estudo Atual

Análise Qualitativa

A análise qualitativa é reconhecida como um método importante para incluir as vozes dos pacientes e experiências em saúde, serviços de pesquisa e formulação de políticas. Ela promove a compreensão das experiências e situações humanas, culturas, crenças e valores dos indivíduos. É particularmente útil para explorar complexos fenômenos que são difíceis de medir quantitativamente (Ziebland e Hunt, 2014).

Análise secundária de dados qualitativos

A análise secundária de dados é um método em que os dados coletados em outro estudo são usados para responder a novas questões de pesquisa ou usar diferentes técnicas estatísticas. É um método de pesquisa útil para os investigadores se aprofundarem e desenvolverem perguntas apropriadas para análise dos dados existentes (Coyer e Gallo, 2005).

A análise secundária de dados qualitativos é o uso de dados existentes para encontrar respostas para perguntas que diferem das perguntas feitas na pesquisa original (Long-Sutehall et al., 2010). Quando conduzida em profundidade por ser altamente eficiente, permitindo o uso eficaz do tempo do pesquisador para a análise com ótimos resultados (Ziebland e Hunt, 2014).

O objetivo de uma análise secundária é abordar novas questões de pesquisa, analisando os dados coletados anteriormente (Long-Sutehall et al., 2010).

Fonte de Dados

A descrição completa do estudo, das quais os dados deste trabalho foram analisados podem ser encontrados em Rzewuska et al (2020). Em resumo, este estudo explorou as experiências de profissionais de saúde e pacientes de cuidados primários com adesão ao tratamento físico-mental com MM. Adultos com MM físico-mental e seus cuidados primários e prestadores de cuidados de saúde mental comunitários foram recrutados por meio de variação máxima de amostragem em nove cidades do Estado de São Paulo, Sudeste do Brasil, em três tipos de serviços de APS existentes na região (UBS, USF, USF com NASF). Experiências em todos os domínios de qualidade da Ferramenta de Avaliação de Atenção Básica - PCATool-Brasil (Brasil, 2020) foram explorados por meio de entrevistas semiestruturadas em profundidade com 19 pacientes (com MM física-mental) e 62 profissionais (da atenção primária e saúde mental da comunidade) entre abril de 2016 a abril de 2017.

O projeto de Rzewuska, et al (2020) foi propositadamente desenhado para ser bastante completo e complexo, por isso uma série de análises posteriores foi planejada na época, inclusive a do presente estudo.

Aprovação ética

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE nº 48183515.9.0000.544) em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, pelo Conselho de Gestores de Saúde da RHD-13 e pela Secretaria de Saúde da cidade de Ribeirão Preto.

Amostra

Foram selecionadas entrevistas de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pacientes da (ESF), visto que a ESF é o modelo

recomendado pelo governo brasileiro para prestar atendimento à APS. De 62 profissionais elegíveis para esse estudo, foi selecionada uma amostra aleatória estratificada (RP versus municípios menores) incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em relação aos pacientes, de 19 entrevistados elegíveis foi selecionada uma amostra também aleatória estratificada para esta análise.

As entrevistas foram analisadas até que novos temas não foram mais identificados (saturação). Para garantir a confiabilidade das análises, depois que esta situação foi atingida, mais três entrevistas de profissionais e mais três de pacientes foram lidas e incluídas. Ao todo 14 entrevistas foram analisadas, 8 entrevistas de profissionais e 6 de pacientes.

Análise de Dados

Processo analítico

Uma análise temática foi realizada usando uma análise de framework (Ritchie e Spencer, 1994). Esse processo foi conduzido manualmente e foram realizadas as seguintes etapas: 1) familiarização (ND e MR), 2) codificação inicial indutiva (ND) (Apêndice A1, 3) desenvolvimento da estrutura analítica (framework) (Apêndice A2) (ND), 4) codificação com uma lista de códigos (ND) (Apêndice A3 e 4), 5) mapeamento de códigos em uma matriz de framework (ND) e 6) síntese dos resultados usando análise temática (ND e MR). Contudo, o processo foi interativo, ou seja, os ajustes necessários foram feitos, refinados e reaplicados de forma consistente em todos os momentos da análise. Entrevistas adicionais foram analisadas e novos temas foram identificados e categorizados adequadamente.

O processo foi interrompido quando não surgiram novos temas, ou seja, saturação dos temas. O critério para julgar quando parar de amostrar os diferentes grupos pertinentes a uma categoria é a saturação teórica da categoria. Saturação significa que nenhum dado está mais sendo encontrado para que o pesquisador desenvolva outras propriedades da categoria (Saunders, 2017). Como ele vê instâncias semelhantes se repetindo o pesquisador torna-se empiricamente confiante de que uma categoria está saturada. Ele sai de seu caminho para procurar

grupos que estenda a diversidade de dados o máximo possível, apenas para garantir que a saturação seja baseada na mais ampla gama de dados possíveis sobre a categoria (Saunders, 2017).

Validação

Validação em pesquisas qualitativas apresenta-se de formas distintas, pois a discussão sobre escalas de medição não se aplica a métodos qualitativos, sendo necessária a compreensão da validade em outra perspectiva. A validade busca indicar o que constitui uma pesquisa bem-feita, confiável, merecedora de ser tornada pública para contribuir para o conhecimento, ou, de acordo com o termo válido, que tem valor, é eficaz (Ollaik e Ziller, 2012).

Neste trabalho, duas pessoas realizaram a leitura das entrevistas a fim de validar os resultados obtidos (MR e JM) e uma terceira pessoa (ACZ) verificou a análise. Além disso foi utilizada a triangulação dos dados, analisando a forma de processo de cuidado tanto pela percepção dos profissionais de saúde quanto pelas perspectivas dos pacientes.

Desenvolvimento do framework

GC é definido segundo Kathol e al. (2010) como “um processo colaborativo que avalia, planeja, implementa, coordena, monitora e avalia opções e serviços para atender às necessidades de saúde de um indivíduo por meio de comunicação e recursos disponíveis para promover resultados de qualidade e custo-benefício”. Assim sendo, os componentes necessários para que haja o GC incluem: (i) definir e selecionar o alvo indivíduos para os quais a gestão de casos é mais apropriada, por ex. pacientes com multimorbidades, pacientes frequentemente admitidos em hospitais ou pacientes que precisam de coordenação dentro e entre os cuidados de saúde e sociais; (ii) avaliação e planejamento do atendimento individual; (iii) monitoramento regular de pacientes; e (iv) ajuste dos planos de cuidados, se necessário (WHO, 2015). Esses quatro componentes serviram como meta-temas iniciais da estrutura analítica (do *framework*). Os temas foram adicionados durante de processo da familiarização.

RESULTADOS

A análise referente aos dados dos profissionais foi realizada em oito entrevistas conduzidas com dois médicos, dois agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um enfermeiro coordenador, mas a saturação foi alcançada com cinco entrevistas. As características dos oito entrevistados, com base na qual a análise foi realizada, está apresentada na Tabela 2.1.

Tabela 3.1: Características dos oito profissionais entrevistados.

ID	Cargo	Sexo	Idade	Tipo da unidade	Tempo de trabalho no SUS (meses)	Tamanho da população da cidade, 2016 (IBGE)
ACS1	Agente Comunitário de Saúde	M	49	USF com NASF	192	16199
ACS2	Agente Comunitário de Saúde	F	58	USF com NASF	192	674405
AE1	Auxiliar de enfermagem	F	39	Unidade mista	132	61040
AE2	Auxiliar de enfermagem	F	34	Unidade mista	156	674405
E1	Enfermeira (não coordenadora)	F	29	USF (USP)	96	674405
EC1	Enfermeira (coordenadora)	F	26	USF	48	2097
M1	Médico	M	28	USF	42	23780
M2	Médico	M	36	USF	120	674405

NASF- Núcleo Ampliado de Saúde da Família, USF- Unidade de Saúde da Família. Unidade Mista: Estabelecimento composto por um centro de saúde e por uma unidade de internação com características de hospital local.

E relação aos pacientes, seis entrevistas foram analisadas, e a saturação foi alcançada com três. As características dos seis entrevistados, com base na qual a análise foi realizada, está apresentada na Tabela 2.2

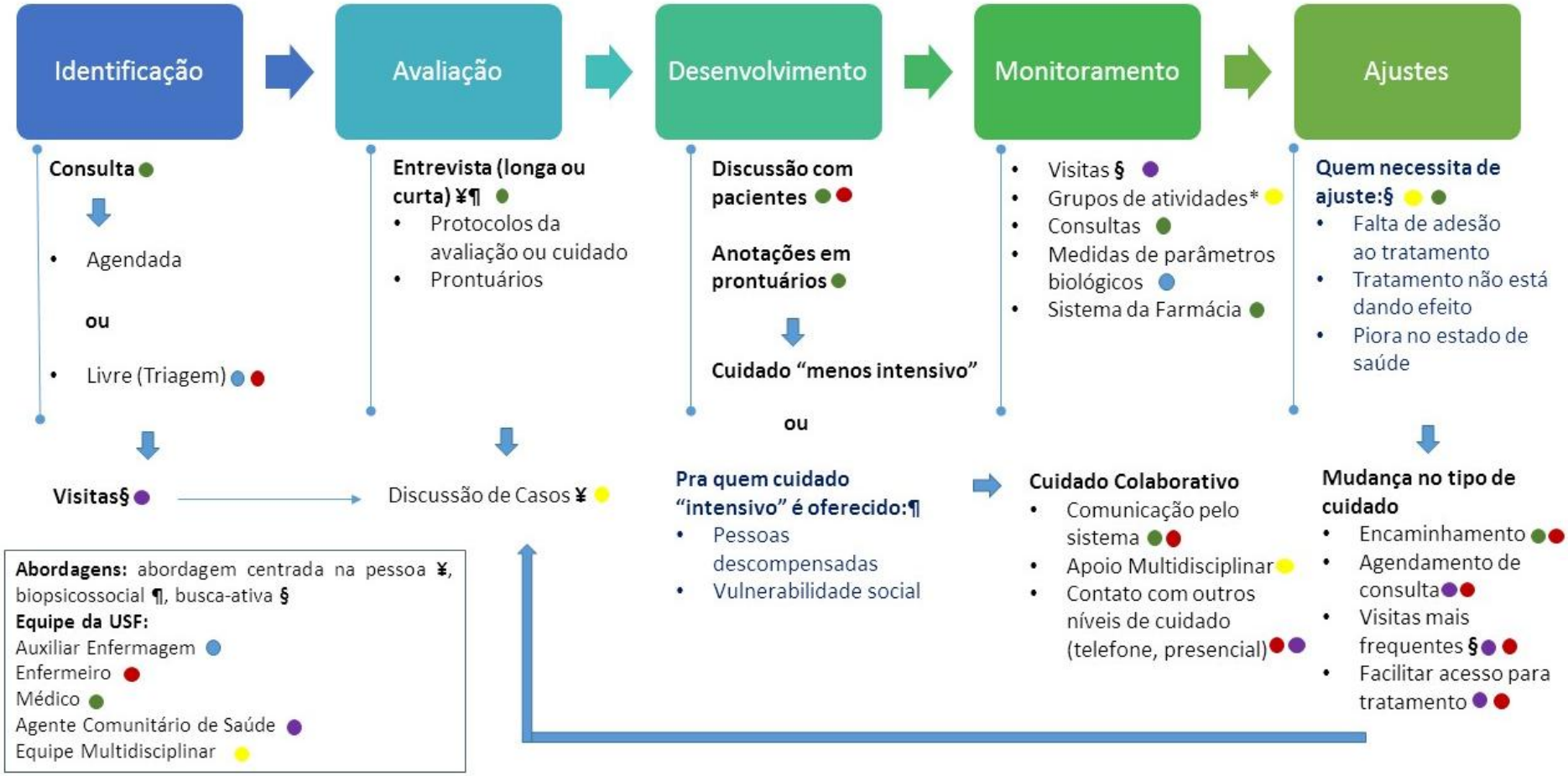
Tabela 3.2: Características dos seis pacientes entrevistados incluídos nesta análise.

ID	Sexo	Idade	Tipo da unidade	Tamanho da população da cidade 2016 (IBGE)	Perfil da multimorbidade
PA1	F	66	USF	46818	DCC, DM, AR, D, A
PA2	M	81	USF	23780	H, DM, DCC, A
PA3	F	38	Unidade mista	61040	H, D
PA4	M	27	Unidade mista	61040	H, DM, A
PA5	F	61	USF com NASF	674405	H, DM, D
PA6	M	55	USF com NASF	674405	H, DM, D, A

Legenda: DCC - doença cardíaca crônica, DM - diabetes melitus, AR - artite, D- depressão, A- ansidedade, H -hipertensão

O processo de atendimento encontrado pode ser verificado na Figura 2.1. Este processo de atendimento foi desenhado através do que foi observado nas respostas dos entrevistados. Nomeamos as principais etapas como: identificação, avaliação, desenvolvimento, monitoramento e ajustes. A partir delas foi estabelecido os processos existentes na ESF e os atores responsáveis por cada um deles de acordo com as falas dos profissionais.

Figura 3.1: Processo de cuidado da pessoa com doenças crônicas nas USF em da região de Ribeirão Preto/SP



Abordagens

Elementos de Abordagem Centrada na Pessoa

O uso dos princípios da abordagem de cuidado centrada na pessoa apareceu nas entrevistas. Em uma destas, um enfermeiro afirmou sobre a importância de "*não passar Rivotril*" (E1) para todo mundo, ou seja, não procurar uma solução que atenda a todos da mesma forma. Um médico contou – "e aí eu tento compartilhar essa decisão com a pessoa" (M2). Elementos dessa visão também emergiram através das descrições de todos os tipos de membros da equipe, sobre a importância de próprio paciente entender o seu tratamento, que ele tenha escolha, e idealmente que ele seja incluído nas decisões, e, desta forma, a adesão pode ser mais significativa e o tratamento mais eficaz e eficiente. Contudo, uma imagem mais complexa emergiu das falas dos pacientes. Alguns pacientes descreveram comunicação individualizada, atenciosa e respeitosa com vários profissionais. No entanto, outros pacientes sentem que alguns profissionais de saúde parecem até rudes (muito diretivos) e desinteressados, não conseguem fazer o diagnóstico correto e demostram pouco interesse no que os pacientes pensam e apresentam falta vontade de informá-los.

> *"É a médica que faz a diferença, é atenciosa, ela quer saber tudo o que a gente tem pra falar, tem tempo pra ouvir, pra conversar, para explicar, eu acho que é isso." (PA1, feminino, unidade, USF)*
>
> *"Ele não perguntou o que eu já sabia, ele já especificou os alimentos e a bebida que traz mais prejuízo à pressão alta. (PA4 – masculino – unidade mista)*

Elementos da Abordagem Biopsicossocial

Vários entrevistados descreveram como "*olham para a pessoa [paciente] por completo*" (M2), em sua totalidade. Esta perspectiva parece ser alinhada com a abordagem biopsicossocial, ou seja, realização de avaliação tanto os aspectos biológicos, psicológicos, sociais de cada pessoa. Na prática, isso se demonstra pela coleta das informações sobre todos os aspectos da saúde da pessoa, principalmente pelos médicos na própria consulta e os agentes comunitários nas visitas domiciliares. Por exemplo, perguntando ao paciente a medicação que está

tomando e como está sua doença física (aspectos biológicos); como estão sentindo e como está lidando com elas e com sua doença (aspectos psicológicos) e podem surgir (aspectos sociais), perguntando se o paciente está trabalhando, como é sua vida familiar. Além disso, alguns serviços têm profissionais para atendimento específico para cada uma destas modalidades (como nutricionistas, psicólogos ou terapeutas ocupacionais). Em uma das entrevistas, a paciente confirma haver elementos da abordagem biopsicossocial em seu tratamento, afirma que a médica conversa com ela sobre suas questões emocionais, sociais, além de sua saúde física. Contudo outro paciente nos disse que o médico não tem conhecimento de sua vida por completo, mas diz que a enfermeira e a psicóloga o conhecem, indicando que nem todos os profissionais utilizam desta abordagem.

> *"Ela pergunta o que aconteceu, se aconteceu alguma coisa, se eu briguei com alguém, ou se alguém brigou comigo, ela pergunta sim". (PA6, feminino, USF com NASF)*

> *"O médico, não. Agora, a enfermeira, sim, e a psicóloga eu acredito que um pouco, pelo tratamento que eu fiz com ela ter sido um pouco longo, a gente entrou, ela conheceu um pouco da minha história, um pouco da minha vida" (PA4, masculino, unidade Mista)*

Busca Ativa

Profissionais da saúde descreveram como ativamente procuram os pacientes e as questões que dizem respeito a eles, ou seja, "*tem/fazem busca ativa*" (ACS1 e M1). Essa atitude pareceu ser permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes, mas, principalmente associada ao papel dos agentes comunitários de saúde. A busca ativa foi vista pelos entrevistados como facilitador considerado necessário no trabalho com pacientes vulneráveis, como aqueles com doença crônica; que auxilia na maneira do profissional de saúde realizar um contato mais diretivo com os pacientes, ou com a coleta de informações deles, monitoramento ou ajustando os planos.

> *"Bem assistida e as meninas vai em casa. Tem as meninas que vai em casa. Teve um dia que eu passei mal o médico foi em casa também" (PA5, feminino, unidade USF com NASF)*

Identificação e pré-seleção de indivíduos-alvo

Sistema de Triagem

De acordo com as falas, para gerenciar o fluxo de casos dentro da unidade de saúde, os pacientes são nomeados através de triagens e em alguns serviços em que a entrada para o serviço de pronto atendimento acontece no mesmo prédio da ESF, por exemplo triagens de Manchester, de acordo com a demanda. Em geral, os pacientes chegam até a unidade e são atendidos primeiro pelo recepcionista e, em seguida, pela equipe de enfermagem. Neste primeiro contato o profissional de saúde realiza as primeiras aferições e verifica se o paciente precisará ou não passar pelo médico. Caso seja uma consulta já agendada ele terá o atendimento, caso não, ela poderá ser agendada. Uma das pacientes entrevistadas confirma, quando questionada que na triagem medem sua pressão, que lá eles realizam estas aferições.

> *"Normalmente os pacientes que vêm de eventual, a gente faz o acolhimento deles, então faz esse primeiro atendimento e aí se é um caso que as meninas, que as meninas, normalmente é as auxiliares que fazem, elas sabem que precisa passar pelo médico, elas já aguardam, se é um caso que que às vezes dá pra voltar amanhã, dá pra agendar consulta ou a gente consegue resolver da parte da enfermagem, sem ter que passar pro médico, elas me passam e a gente tenta solucionar a demanda do paciente"(E1 – feminino, ESF- USP)."Tudo, vê a diabete, vê o peso." (PA1, feminino, unidade USF)*
>
> *"A enfermagem passou pro médico. Foi médico mesmo que atendeu." (PA5, feminino, unidade USF com NASF)*

Avaliação das necessidades e seleção de indivíduos-alvo

Consulta médica

Uso dos Protocolos ou Manuais de Avaliação

Alguns médicos e enfermeiros entrevistados (principalmente os que são de unidades ligadas à Universidade) contaram que utilizam protocolos ou manuais para auxiliá-los nos diagnósticos e nas condutas a serem adotadas cuidado com o paciente. Exemplos que foram citados nas entrevistas foram: MINI (*Mini International*

Neupsychiatric Interview) que é um protocolo de transtornos mentais; diretrizes de cardiologia, cadernos de atenção básica, e demais protocolos internacionais de rastreamentos de doenças. No entanto, não parecia que o uso do protocolo fosse um procedimento padrão de operação.

> *"Eu costumo, às vezes, usar algumas coisas do MINI, que a gente tem assim, da parte de ansiedade, de depressão, tem alguns outros formulários também. Escala de depressão geriátrica, algumas coisas assim que, às vezes eu utilizo sim"* (*E1-feminino, ESF - USP*).

Entrevista médica longa

Os médicos entrevistados falaram sobre uma entrevista mais longa que realizam para conhecer melhor um novo caso, e, também, sobre a anamnese, que é a entrevista para a coleta completa das informações da pessoa. Na prática, a anamnese é uma entrevista clínica padronizada mais demorada e longa, é dobro tempo (~30 minutos) de uma consulta normal, porque visa trazer todo o histórico do paciente, tanto da saúde atual e situação familiar, que são pontos significantes para avaliação.

Paciente também comenta que passou por uma consulta demorada aqui em sua unidade quando comparada com o atendimento que recebia em outro Estado. Se sente bastante satisfeita com o atendimento médico do núcleo, diz que os médicos dão atenção, deixam ela responder, até sente medo de precisar mudar de núcleo, por receio de não ser mais bem atendida quanto é.

> *"Muita na própria anamnese, eu vou perguntando, eu faço anamnese, voltado, lógico, ao padrão de doença, depois eu deixo uma abertura pra perguntar sobre a família, sobre saúde dentro de casa, tudo isso, mas assim, muitas vezes" (M1 – masculino, ESF)*

> *"Muito demorada. Ontem, ontem mesmo fiquei quase duas horas na consulta. É, eu demorava e eu, eu achei uma diferença grande daqui, com a de lá e com a de Minas, onde eu morava" (PA5, feminino, unidade USF com NASF)*

Entrevista médica curta

Após estes primeiros contatos com os pacientes, as avaliações de suas necessidades são realizadas frequentemente pelos médicos, nas consultas individuais, como também nas visitas domiciliares, em alguns serviços. De acordo

com respostas dos médicos, esta frequência de contato com os pacientes permite que o profissional de saúde tenha oportunidades de revisitar os estados da saúde dos mesmos e espontaneamente identificar problemas. Quando agendam para um paciente consultas de retorno, isso serve como uma medida de evolução, ou seja, "monitoramento". Em uma das respostas, um paciente relata como é um processo de entrevista médica, checar os parâmetros de saúde medidos, verificar se o medicamento está funcionando e fazer ajustes, se necessário.

> *"É através do paciente também. Todo começo do meu atendimento, eu anoto todas as medicações que o paciente toma e pergunto: tá tomando o AAS, "Tô", tá tomando Enalapril? "Ah, não tô", por que? "Porque o médico lá falou pra eu tomar Losartana", aí eu anoto: o cardiologista substituiu pelo Losartana, é desse jeito. Entendeu?" (M2 – masculino, ESF).*

> *"A gente fica numa fila e vai pra uma sala fechada com ele, aí se houve pedido de exames, ele checa o pedido dos exames, confere a pressão, vê se o medicamento tá atendendo à pressão e, se houver alguma restrição de exame ou medicamento, ele calcula novamente e dá algumas orientações; no meu caso, sobre alimentação, exercício físico." (PA4, masculino, unidade mista)*

Uso dos prontuários

Durante das consultas, as informações detalhadas dos pacientes são imprescindíveis para avaliação, segundo o que os médicos entrevistados disseram. Na prática, eles contaram que buscam as informações rotineiramente sobre os pacientes em seus prontuários. Os entrevistados descreveram como algumas informações (principalmente medicamento recebido, motivos das consultas e encaminhamento) podem ser encontradas nos sistemas informatizados. Mais detalhes podem ser encontrados nos prontuários individuais de papel. Informações detalhadas sobre o estado de saúde atual e a situação socioeconômica do paciente, são procuradas nos prontuários de família que cada um tem. Além disso, pacientes às vezes apresentam documentos oficiais como, por exemplo, cartão do Hospital das Clínicas.

> *"É, aqui como tem agente comunitário, fica mais fácil. Então nas consultas todas, eu recebo além do prontuário individual da pessoa que vem, o prontuário da família, e aí antes deu atender a pessoa eu vejo como que é a família. Composição tem até ali, se você quiser depois eu te mostro. Tem a composição da família e agora nesses cadastros assim tem: Como que é a casa? Quantos cômodos? Quantas pessoas trabalham? Quais são as doenças referidas? Nesse cadastro novo, que tá tendo agora, tem a renda média, o cadastro do E-Sus, tem a renda média familiar, não fala*

> *exatamente, mas a renda aproximada, é, eu consigo ver. Mas em geral na consulta em geral, que eu faço de caso novo, que eu chamo que é o primeiro contato com o paciente, eu pergunto: qual é a profissão? Como que é a situação? Com quantos moram? E etc."* (*M2 – masculino, ESF*).

Uso da relação terapêutica

Respostas de um médico, enfermeira e agente comunitário salientam a importância do "vínculo" (ou seja, relação terapêutica) entre profissional de saúde e paciente. Eles acreditaram que *"o vínculo é o que faz a divisão de água na comunicação das famílias como a equipe" (ACS2).* Como uma implicação importante prática disso, um médico contou que *"as que têm um vínculo maior, são elas [agentes comunitários] conseguem, às vezes, consigo [um médico] manejar melhor aqui" (M2),* em vez de encaminhamento para serviços especializados. Após o seu estabelecimento, esta relação é utilizada de maneira intencional para coleta de informações e melhor entendimento do estado de saúde do paciente. O "vínculo", segundo as respostas, se estabelece ao longo do tempo, de acordo com a forma em que os profissionais criam uma proximidade com paciente pela demonstração de sua disponibilidade, confiança, escuta, atenção ao que ele precisa, apresentação da empatia. Os pacientes percebem este uso da relação terapêutica como sendo bastante satisfatório e importante para o tratamento, em todas as entrevistas analisadas este tópico estava presente, de alguma maneira.

> *"E você se sente, é protegido. Você se sente com uma pessoa que tá ali pra te ajudar." (PA4, masculino, unidade mista)*

> *"A doutora [nome] sem dúvida, porque ela dá muita atenção, ela é muito atenciosa." É muito mais acolhedora como médica muito boa" (PA1, feminino, unidade USF)*

> *"É a médica que faz a diferença, é atenciosa, ela quer saber tudo o que a gente tem pra falar, tem tempo pra ouvir, pra conversar, para explicar, eu acho que é isso." (PA1, feminino, unidade USF)*

Discussão dos casos com equipe

As reuniões de todas as equipes são realizadas rotineiramente e com frequência, cada uma equipe tem uma forma e agenda própria estabelecida *"gente tem reunião da equipe, né, juntamente com outros profissionais onde a gente discute os casos" (ACS 2)*. Durante estas, são conduzidas discussões de casos, que servem

como plataformas de comunicação, avaliação e decisões em relação aos problemas dos pacientes trazidos pelos agentes nas visitas e pelos médicos nas consultas. As discussões podem acontecer em vários os momentos do processo de cuidado.

> *"A gente tem reunião de equipe, todas as quintas-feiras, na parte da tarde. Então, lá, tipo assim, era elencado as visitas, vamos supor: hoje a gente vai na visita na área da [nome da area], que é a outra CS, que a micro área é outra."(ACS1 – masculino - ESF com NASF).*

> *"E aí nessa frequência de uma vez por mês, a gente elege os casos e leva pra discussão e passa o caso, e aí a gente acolhe as ideias e vê como que a gente vai fazer, tudo e na outra reunião no próximo mês, a gente conta como é que foi na devolução. Ah, esse caso fez isso, não sei o que, melhorou, não melhorou e o que que a gente pode fazer. (M2 – masculino, ESF)*

Desenvolvimento dos planos de cuidado

Planejamento

Não percebemos através das entrevistas haver um planejamento específico com algum tipo de protocolo a ser seguido, aparentemente há um desenvolvimento de planos de cuidado para o paciente que é compartilhado com ele através de discussões com paciente, a respeito de seu tratamento, que são realizadas com os médicos, às vezes tratadas nas discussões de equipes. Outra forma de se observar esta situação de "planejamento" seriam as anotações em prontuários feitas pelo médico ou enfermeira, e a partir destes pontos, poderão ser traçados um plano de cuidado "menos intensivo" ou "intensivo".

O paciente também percebe que o médico planeja seu tratamento a partir dos exames solicitados, agendamentos de retornos, além da frequência de contato com este paciente para verificação de sua saúde.

> *"...vamos dizer assim um paciente só já tem doença crônica que faz uso de várias medicações pelo menos a hipertensão diabetes eu consigo seguir, mais a minha linha de raciocínio mesmo é uma abordagem que a gente tem, muito que é um dia que é só pra isso" (M1 – masculino, ESF).*

> *"Não, acho que é isso, isso mesmo, não tem que melhorar acho que é isso mesmo e eu faço exame de quatro em quatro meses e eles verifica, vê é os mesmos remédios. Tem um aí que não é tempo de parar. Agora eu tô com o trigliceres alto, também, e já pediu exame. Já pro mês que vem, agora, pra fazer" (PA5, feminino, unidade USF + NASF)*

Cuidado “menos intensivo”

Pacientes que apresentam uma ou mais doenças crônicas (ou seja, multimorbidade), mas que estejam compensados, fazem parte do cuidado “menos intensivo”; estes casos entram na rotina habitual da unidade de saúde. De fato, os entrevistados demonstraram em suas respostas que a unidade de saúde em que estão inseridos não tem uma agenda específica para pacientes com multimorbidades ou forma padronizada de priorização de casos, segundo “*a gente prioriza os atendimentos agendados”* (M2). Aliás, o trabalho específico, ou seja, atenção especial que existe em relação a esses pacientes são os grupos de hipertensos e diabéticos (que significa que priorização implicitamente existe para alguns tipos de doenças crônicas), as unidades realizam cafés da manhã e palestras sobre o tema.

> *“Sim, então, aqui na nossa unidade a gente funciona com a nossa abordagem inicial, quando o paciente já chega pra agendar consulta, é feito o acolhimento dele, nessa primeira etapa quem faz é o pessoal da enfermagem e tudo, fora os pacientes que já estão agendados, para ser atendidos no dia. Quando é diagnosticado ali o diagnostico prévio da enfermagem, vamos dizer assim que seja diabetes, hipertensão ou alguma doença crônica, é passado até mim...”* (*M1 – masculino, ESF).*

> *“Aí, o grupo de hipertenso e diabético é todo final do mês” (ACS1 – masculino, USF com NASF).*

Cuidado “intensivo”

Segundo relato das entrevistas, em dois tipos principais de situações, pessoas com multimorbidade requerem de cuidados “intensivos”, especificamente ‘*pacientes descompensados’*, ou seja, mais graves ou com uma situação de saúde mais aguda e pessoas em situações de ‘*vulnerabilidade social’*.

Paciente descompensado

As respostas demonstraram que, na prática, na triagem, os profissionais (AE e/ou E) verificam se há algum caso descompensado e agendam mais rapidamente, por exemplo, quando há a presença de casos que interrompem a medicação e o

tratamento, complicações (doença secundária), ou tratamentos que não estão dando certo (um parâmetro de saúde não está melhorando ou está piorando).

> *"Crítico, vamos supor, eu cheguei na casa e o paciente começou a beber, ele teve uma cirrose, ele parou com a medicação, entendeu, aí já vem um quadro de depressão, já entra com a psicóloga também, entendeu, que vai na casa e depois traz o paciente pra cá. Vai o médico, vai enfermeira, aí vai uma equipe multiprofissional atender aquela questão que foi relatada nessa reunião de equipe."* (*ACS1 – masculino, ESF com NASF*).

Vulnerabilidade social

A vulnerabilidade social também se apresenta na fala de todos os profissionais de saúde entrevistados como grupo que apresenta uma atenção especial das equipes. Socialmente vulneráveis são considerados pacientes sem a rede de apoio social (falta da família, de amigos ou vizinhos, dificuldades familiares), ou baixa alfabetização ou educação em saúde (com dificuldades no entendimento, por falta de instrução). Mas, também, e situação economicamente precária (dificuldades financeiras, desemprego) e que por isso não conseguem comprar algum medicamento que pode não ser oferecido pelo sistema ou ter uma alimentação saudável. Este aspecto também foi percebido nas entrevistas com os pacientes, a vulnerabilidade está presente em maior ou menor escala, mas sempre está, e apresenta-se de diversas formas (dificuldade para acessar o serviço de saúde por falta de transporte, manter-se em um plano de saúde privado, convivência com pessoas usuárias de substâncias).

> *"Aí tudo né, tá tudo difícil e pouco, o salário é baixo, tem que ter muito cuidado com o que gasta, com o que faz, então é isso tá tudo difícil." (PA1, feminino, unidade USF)*

Monitoramento

Orientações

As orientações são realizadas rotineiramente em modo geral, segundo o que se observou nas entrevistas, pelos médicos e enfermeiros; nas consultas, nos grupos, e elas são de suma importância para que o paciente adquira conhecimento sobre um estado da sua saúde. A equipe afirma ter um papel fundamental neste

aspecto, pois, pessoas com vulnerabilidade existente neste contexto, como já citado acima, necessitam ainda mais frequentemente desse suporte para se cuidarem adequadamente. Os pacientes confirmam que recebem orientações em seus atendimentos, geralmente direcionada pelos médicos, quando é pela equipe, os pacientes relatam que elas ocorrem nos grupos, palestras. Uma paciente criticou alguns atendimentos que já recebeu, afirma que sentiu a necessidade de um atendimento mais completo e atencioso, em que o médico pudesse orientar e explicar melhor o que estava acontecendo com ela.

> *"Quando ele passa pela equipe de enfermagem que ele tem uma escuta efetiva onde eu paro, explico, oriento, ele fala que é melhor que a consulta e eles gostam muitos dos grupos que eles gostam de dividir experiências" (AE1 – feminino, unidade mista)."É, o médico me orientou muito, me orientou com medicamento no começo e alimentação" (PA4, masculino, unidade mista)*

> *"Eu senti falta de um médico conversar mais, explicar mais, fazer eu entender mais o que eu tinha, o que estava se passando comigo" (PA4, feminino, unidade USF)*

<u>Visitas domiciliares de monitoramento</u>

Um outro momento em que as visitas domiciliares são realizadas, pelos agentes comunitários de saúde, servem para monitorar e facilitar implementação das orientações. Os profissionais entrevistados contaram que o agente comunitário de saúde analisa o ambiente deste paciente, por exemplo: observa se as medicações estão sendo tomadas corretamente, se não estiverem, eles identificam um motivo e tentam auxiliá-los (por exemplo, marcam uma consulta médica ou organizam medicação). As visitas são uma forma de manter os pacientes sendo olhados de forma próxima e continuada. A maioria dos pacientes, contaram já recebeu visita de agente comunitário de saúde, entretanto um falou que *"Eu, nunca"* (PA4).

> *"eu detecto alguma situação meio complicada e eu trago para equipe, olha o então assim olha o profissional a enfermeira, porquê né tem contato mais direto olha ali está precisando de alguma visita porque tem uma situação assim assim assim e eu não sei como porque eu acho que mesmo você não saiba como está, vendo essa situação então eu vou passar para os profissionais para eles verificarem" (ACS2 – feminino, USF com NASF)*

> *"É, as meninas, as agentes me convidaram e tem a moça que vai em casa e ela me convidou ..."(PA3, feminino, unidade mista)*

Medidas de Parâmetros Biológicos

Quando o paciente chega à APS, a equipe de enfermagem e, principalmente os auxiliares de enfermagem, realizam o acolhimento, inclusive perguntas sobre um estado geral de saúde, motivo da consulta, e dependendo disso efetua medidas de parâmetros biológicos, por exemplo fazendo um *"controle de pressão, de glicemia" (AE2).* Pacientes também relatam de momentos em que realizam estas medidas de parâmetros biológicos e geralmente estas medições acontecem na triagem, pela equipe de enfermagem que *"Tudo, vê a diabete, vê o peso" (PA1)*

> *"O meu envolvimento, eu atendo os pacientes de diversas áreas, de diversas patologias, e todas essas patologias e a minha função é fazer o acolhimento desses pacientes na unidade. Prestar orientações pertinentes aos tratamentos, e às patologias deles, ativa" (AE1 - feminino, unidade mista).*

> *"Chega na recepção primeiro, eles entregam uma ficha com a ordem de chegada, aí a gente vai pra uma fila. Depois, a enfermeira vem recepcionar e, se houve pedido do médico, medir a pressão, medir a diabetes, pra já ir pra consulta com os dados na mão" (PA4, masculino, unidade mista)*

Sistema da Farmácia

Outra maneira de monitorar o tratamento dos pacientes é realizada por meio do sistema de farmácia, médicos relataram que utilizam deste sistema para confirmar se os pacientes estão ou não realizando o tratamento quando checam se os medicamentos foram dispensados na farmácia da rede. Pacientes confirmam a utilização da farmácia, um comenta que busca medicamento a cada três meses e outro cita os medicamentos e os locais da rede em que busca.

> *Eu vou com a receita no Cuiabá e pego o remédio. E tem um que eu pego (..) na farmácia do HC, lá em baixo, que é a [Atorvastatina] (PA5, feminino, unidade USF com NASF)*

Ajustes no cuidado

Identificação de quem precisa ajuste

Uma necessidade (ou identificação) de ajuste pode vir de qualquer membro da equipe, mas tipicamente uma avaliação e implementação de ajustes, necessita

de envolvimento de médico. As necessidades de ajustes de cuidado, muitas vezes podem ser realizados de acordo com a demanda que o paciente 'apresenta' (ou seja forma espontânea e não padronizada). Pacientes que estão frequentemente sendo vistos (nos retornos, visitas domiciliares, nos grupos), têm maior chance de ter das necessidades de ajustes percebidas de maneira mais rápida. Alguns pacientes afirmaram como equipe de atenção primária dele o encoraja e facilita esse acesso. Contudo, alguns pacientes contaram que nem todas as necessidades de ajuste foram consistentemente detectadas ou atendidas pelas equipes (problemas dos profissionais com a escuta).

> *"Não e a gente consegue marcar um retorno próximo, se eu fiquei na dúvida, eu quero ver o paciente dali a quinze dias, depois não sei, que o diabetes tá melhor, eu consigo marcar pra ver ou não se ele melhorou ou não e aí a gente consegue ir juntando as peças" (E1 – feminino, ESF - USP).*

> *"Às vezes demora um pouco, elas só pra muita gente, muitos pacientes, mas sempre que eu preciso as meninas dá um jeitinho de conseguir um encaixe, sempre dá um jeitinho" (PA1, feminino, unidade USF)*

<u>Encaminhamento</u>

Quando uma equipe chega um ponto de não poder ajudar um paciente ou ele precisa de um tratamento mais especializado, ele é encaminhado para serviços secundários dentro da rede, como, por exemplo, ao CAPS para um atendimento psiquiátrico ou, ao hospital terciário como o HC caso haja esta necessidade. Os encaminhamentos são realizados, geralmente através de referências realizadas pelos médicos. Enfermeiros também facilitam encaminhamento. "*Foi a psicóloga [nome] e a enfermeira que me encaminhou"* (PA4), afirmou. "*Ela [enfermeira] me encaminhou para Santa Casa, daí lá na Santa Casa eu fui medicada*." (PA1), o outro falou. A diferença em relação aos encaminhamentos é que o CAPS não requer encaminhamento formal, em oposição aos encaminhamentos para especialidades relacionadas à problemas físicos, que são feitos através do sistema formal de agendamento.

> ''*Ela conversou muito comigo já, me encaminhou pra psicóloga para mim [eu] começar a fazer atendimento com a psicóloga, to esperando chamar" (PA3, feminino, unidade mista)*

Integração de Cuidado

Comunicação entre profissionais

As unidades de saúde utilizam-se de sistemas informatizados somente dentro da própria rede para inserir e ter acesso a informações dos pacientes. Cada município tem diferente sistema que contém o prontuário eletrônico (por exemplo sistema Global, Hygia, Sisan, entre outros). Com estes sistemas, as informações podem ser encontradas, analisadas e podem contribuir para um atendimento de maior qualidade. Porém, os entrevistados citaram que os sistemas e as informações, muitas vezes, são usados de maneira limitada ou mesmo falhos; principalmente quando o profissional precisa saber sobre o atendimento da pessoa em outros serviços; em geral, eles não recebem contrarreferência pelos profissionais de outras especialidades ou setor hospitalar, por exemplo. No entanto, isto varia, pois, os entrevistados acreditam que o HC envia com mais frequência. Quando a unidade precisa de algum tipo de informação, geralmente este contato é presencial ou por telefone ou pela busca ativa.

> *"E aí, além de não ter acesso ao prontuário, eles não mandam também, o profissional lá, não mandam a contrarreferência, que a gente chama. "Olha, o paciente atendido tal, ecocardiograma x lá e troquei medicação", pronto. "Mandar uma vez a cada tempo", sabe? Isso aí não tem, é muito difícil o profissional que manda isso". (M2 - masculino, ESF)*

Apoio multidisciplinar

Entrevistados descreveram as várias formas de que profissionais especializados treinam as equipes para lidarem com casos específicos/tipos de problemas ou atenderem casos indicados pelas equipes dentro da APS. Por exemplo, para pacientes que apresentem transtornos mentais as equipes recebem apoio dos CAPS ou NASF (conhecido como matriciamento), ou até podem ter um psicólogo atendendo na unidade mesmo, que um paciente contou de ter experiência pessoal (psicólogo estagiário). Similarmente, um paciente com diabetes pode ter um apoio em grupo ou individual de nutricionista ou educador físico.

> *"Tenho, tenho agora o apoio matricial agora. O CAPS desde o começo do ano, final do ano passado. Eles começaram vir aqui e a gente traz algum caso nosso que a*

gente elege ou algum caso que tá afligindo muito a equipe, algum caso mais preocupante, ou algum caso que já tá há muito tempo com a mesma queixa, a gente leva pra discussão com o apoio matricial e aí é, sim, eles não atendem, não é uma atendimento deles, eles ajudam a gente a vê o que que a gente pode fazer, então são ferramentas, que eles falaram: a gente podia então, vamos tentar falar com a família, vamos tentar. Então são ideias que eles vão dando pra gente, pra gente ver o que que a gente consegue melhorar no nosso atendimento com aquele paciente. Até hoje a gente não teve um atendimento que eles disseram: "Ah, esse aí a gente precisa atender, precisa passar lá no CAPS", a gente não teve isso ainda. São pessoas que a gente conseguiu manejar por aqui, com o apoio deles, por enquanto, talvez algum dia precise, de algum dizer: não, acho que esse aí vai precisar passar lá. Um caso mais complexo, uma coisa assim" (M2 – masculino, ESF).

"Que é aonde o profissional da área, do postinho que pertence ao meu bairro, junto com a enfermeira que me ajudou muito lá também, que é onde eu comecei a passar pelo cardiologista e pela psicóloga." (PA4, feminino, unidade mista)

DISCUSSÃO

Resumo de estudo

Descrevemos neste trabalho o processo de cuidado de doenças crônicas, incluindo problemas de saúde física e mental, e MM em unidades de saúde que compõem a APS da região de Ribeirão Preto/SP, Brasil, e quem são os atores envolvidos, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde e considerando como referencial teórico o processo de cuidado integrado, mais especificamente, a gestão de casos. Foi realizada uma análise secundária de dados de oito entrevistas, selecionadas por meio de processo de seleção randomizado estratificado, de um conjunto de 62 entrevistas de profissionais e de 6 entrevistas de um conjunto de 19 pacientes, até atingir a saturação.

Os resultados evidenciaram que há na ESF da região de Ribeirão Preto/SP no Brasil uma organização de processo de cuidado e, pensando nos pontos de GC citados acima, também podemos considerar que a ESF trabalha com pontos presentes neste modelo, porém, não existe uma nomeação formal e os procedimentos não são padronizados conforme estabelece a definição de GC. Podemos identificar, também, que os atores envolvidos no cuidado, são agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos, cada um realizando um papel em cada parte do processo.

Comparação com literatura

No Brasil, há a gestão da condição de saúde que é o guia que normatiza a condição de saúde na ESF em seus aspectos promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos (Mendes, 2012). No presente estudo não foi encontrado um plano de cuidado e gestão dos riscos plenamente estabelecido e realizados, na prática, contudo, os profissionais de saúde já apresentam um comportamento semelhante ao que estamos sugerindo, o que falta é um treinamento às equipes, padronização dos processos de cuidado, por exemplo.

O cuidado com pessoas com doenças crônicas precisa ser planejado, porém, faz-se necessário entrar em um equilíbrio entre organizar o cuidado de acordo com as necessidades das doenças crônicas e as necessidades da pessoa, ofertando acesso amplo sempre que solicitado (Chueri, et al; 2014). Os autores salientam a importância das equipes de APS estarem familiarizadas com as tecnologias e conhecimentos advindas da psicologia e antropologia para atuar junto aos pacientes na orientação de mudanças de hábitos e na adesão ao tratamento além das equipes estarem aptas para apoiar as mudanças, bem como, de atuar na adesão do tratamento, na reabilitação, adaptação individual e familiar a um novo contexto, entre outras situações (Chueri, et al; 2014). No atual trabalho, pode-se confirmar em algumas entrevistas que estes aspectos são realizados pelos profissionais de saúde, geralmente equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com a contribuição dos pacientes sem uma forma patronizada de planejamento. As equipes apresentam este perfil colocados acima e atuam desta maneira com os pacientes, porém estes aspectos poderiam ser melhorados através de algum tipo de padronização de monitoramento usando um sistema informatizado integrado.

Apesar de sua importância (Coulter et al.; 2015), os planos de cuidados têm sido repetidamente considerados insatisfatórios internacionalmente, e parece haver falta de evidências sobre como integrar a perspectiva do paciente. Neste estudo encontramos um problema semelhante. Um plano de cuidado padronizado que poderia ser realizado pelas equipes, seria instaurar uma abordagem integral incluindo fatores relacionados ao paciente e profissionais, fatores interpessoais, organizacionais e externos. Além disso, o líder da equipe deveria desempenhar um papel fundamental em observar a perspectiva do paciente, organizar e coordenar colaborações interprofissionais e orientar a equipe (van Dongen, 2016). Um exemplo

de plano de cuidado poderia ser o planejamento de cuidados personalizados centrado no paciente (Bolton et al.; 2019).

Segundo Mendes (2018) os modelos de atenção a condições crônicas necessitam de respostas sociais proativas, contínuas e integradas em três dimensões: sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas que utilizam o sistema, e atua em cinco níveis: promoção da saúde, com atuação intersetorial sobre os determinantes intermediários; prevenção das condições crônicas de saúde, com atuação sobre os determinantes proximais ligados a comportamentos e estilos de vida; atuação sobre as condições crônicas estratificadas por riscos e manejadas por tecnologias de gestão das condições de saúde; e, com atuação sobre pessoas com condições crônicas de alta complexidade, por meio da tecnologia de gestão da clínica. O presente estudo sugere que as que as equipes atendem e cuidem de pacientes com condições crônicas, pacientes vulneráveis socialmente já são alvo de um cuidado aprimorado, e como esses pacientes necessitam de cuidados mais intensivos, são encaminhados para outros serviços ou especialidades e recebem monitoramento mais de perto, contudo não encontramos no cuidado atual no Brasil, a estratificação por riscos, e as tecnologias de gestão também são bem limitadas, há a necessidade de otimização destes aspectos.

Como a GC foi considerada um modelo importante, mencionado por Mendes (2018), ela apresenta-se como uma proposta viável. Além disso, seus elementos e abordagens subjacentes (Kathol, Perez e Cohen, 2010), já existem na prática diária das equipes de atenção primária. Atualmente não existe um papel de gerente de caso no contexto analisado, mas o cuidado é compartilhado entre os profissionais envolvidos. Isso reitera os resultados de Stokes et al. (2015), que define dois tipos de GC da equipe multidisciplinar versus único gerente de caso; e a eficácia da GC pode ser aumentada quando entregue por esse segundo tipo de gestão. No contexto atual, o papel de gerente de caso pode ser compartilhado entre os agentes comunitários de saúde e a equipe de enfermagem, por exemplo.

Pontos fortes e limitações do estudo

Um dos pontos fortes dos dados utilizados foi uma grande amostra de entrevistas profundas e elaboradas com amostra estratificada usando método de

amostragem de variação máxima. Por mais que alguns aspectos não foram diretamente abordados, como GC, por exemplo, o estudo original contemplou todo o processo de cuidado de acordo com PCATool-Brasil. No atual trabalho realizamos a triangulação das análises obtidas em relação aos profissionais de saúde, com as entrevistas analisadas dos pacientes.

Porém, há uma tradição bem estabelecida para a realização de um processo de análise secundária dos dados e, apesar de um recente crescimento do interesse nesta metodologia, poucas informações estão disponíveis sobre o processo (Long-Sutehall et al; 2010). No entanto, o processo de análise secundária trouxe lições úteis para alcançar o objetivo deste trabalho. Além disso, o desperdício de dados de pesquisa tem sido amplamente discutido nas ciências da saúde (Sharp e Curlewis, 2019), estudos podem informar como aumentar o valor e reduzir resíduos em pesquisa biomédica, e propor métricas para partes interessadas para monitorar a implementação dos mesmos (Macleod et al.; 2014).

Implicações para a pesquisa

Conforme pode ser concluído, o processo de cuidado no Brasil apresenta elementos possíveis para a implementação de GC e tem profissionais atuando neste cuidado de uma forma parcialmente alinhada com o GC. Para operacionalizar um GC que funcione com efetividade e eficácia, na realidade, seria importante o desenvolvimento de projetos com enfoque na análise da viabilidade com piloto de intervenção. Contudo, percebemos que podemos pensar nesta realidade como uma intervenção complexa (Skivington, et al., 2021) de acordo com o contexto (Bate, et al.; 2014) existente no Brasil. Uma parte importante da operacionalização dessa intervenção seria oferecer a especificação de aspectos contextuais das intervenções heterogêneas de unidades diferentes da ESF, por exemplo política e recursos disponíveis; tecnologia e treinamento em tecnologia; treinamentos para as equipes e materiais de apoio para auxílio no trabalho, além de acessos a outros profissionais de saúde como psicólogos, assistentes sociais e sistemas de informação também seriam importantes elementos neste processo.

Ao considerar os dados apresentados no presente estudo e a literatura disponível, alguns elementos podem ser propostos:

- Processo otimizado de identificação de casos para sistematizar uma triagem de casos de alta intensidade – cuidado avançado (porque esta é a característica essencial de eficácia do GC (Mendes, 2018).
- Avaliação padronizada e rastreada das necessidades e o desenvolvimento de um plano de cuidado biopsicossocial utilizando uma abordagem centrada na pessoa, com múltiplos tipos de prestadores de cuidados para ajudar a melhorar os resultados dos pacientes (também associados a resultados positivos (Mendes, 2018).
- Realizar a criação de um processo de planejamento com etapas pré-estabelecidas, a fim de que a equipe e os pacientes saibam qual caminho devam seguir em seu tratamento (Hudon et al.; 2015), com diferentes opções de cuidados (em aspectos como gestão de medicamentos, apoio ao autocuidado, advocacia e negociação, apoio psicossocial, monitoramento e revisão), dependendo do perfil de complexidade das necessidades do paciente.
- Coordenação de casos dividida entre diferentes profissionais (Hudon, 2017) e integrada através de um sistema de TI (por exemplo, uma inserção de mobile/tablet, integrado ao sistema eletrônico de registro médico).
- Ajustes no cuidado também integrando os diversos serviços para realização de encaminhamentos, por exemplo, integrado a um sistema de TI.

Em termos das práticas de intervenção específica, pode-se utilizar o princípio AACTT (ação, ator, contexto, alvo e tempo). A estrutura AACTT fornece um meio para estabelecer os elementos centrais de comportamento direcionado para a mudança. A estrutura facilita a descrição sistemática de quem precisa fazer o que, de maneira diferente, entender o que pode impedi-los ou ajudá-los a fazer, como apoiá-los para lidar com as barreiras à mudança e como demonstrar que esse apoio funcionou. O princípio AACTT é compatível com qualquer teoria, modelo ou estrutura em que o comportamento é o foco da investigação e, portanto, tem o potencial de ser integrado ao lado teórico-chave abordagens utilizadas na prática.

Uma outra possibilidade seria utilização de uma abordagem conjunta entre profissionais de saúde e pacientes para o desenvolvimento de práticas específicas de intervenção. Por exemplo: Roda de Mudança de Comportamento – BCW (*Behavior Change Wheel*) (D´Lima, Lorencatto e Michie, 2020) que seria um conjunto de ferramentas e princípios inter-relacionados com o objetivo de orientar a tomada de decisões e facilitar o desenvolvimento sistemático de intervenções

comportamentais. A literatura de pesquisa de implementação contém vários exemplos de como a abordagem BCW foi aplicada de diferentes maneiras para explorar os problemas de implementação, projetar e refinar as intervenções de implementação, conduzir a avaliação do processo das intervenções de implementação e sintetizar a pesquisa de implementação (D´Lima, Lorencatto e Michie, 2020).

4 DISCUSSÃO GERAL

Comparação com a literatura sobre as abordagens de cuidado no Brasil

Abordagem Centrada na Pessoa

O cuidado centrado no paciente é definido como uma filosofia de cuidado que incentiva o controle compartilhado das decisões de consulta sobre intervenções e gestão dos problemas de saúde do paciente com ele mesmo, e/ou com os profissionais de saúde.

A revisão de escopo (Poitras, et al.; 2018) combinou intervenções centradas no paciente com intervenções para pacientes com MM que foram associados a resultados positivos relacionados à saúde dos mesmos. Esta revisão adiciona ao trabalho realizado anteriormente por Dwamena et al. (2012) (intervenções centradas no paciente), de Bruin et al. (2012) e Smith et al. (2012; 2016) (intervenções para paciente com multimorbidade), por permitir uma visão mais ampla interpretação dos resultados. A combinação desses estudos reflete a importância em criar intervenções centradas no paciente inovadoras e bem-sucedidas para pacientes com MM.

No atual trabalho, observamos elementos da abordagem centrada na pessoa no contexto brasileiro. Profissionais e pacientes relataram as decisões do tratamento são compartilhadas com os pacientes, porém esta realidade não surgiu em todas as entrevistas analisadas. Deste modo, faz-se importante explorar o porquê, na prática, essa abordagem nem sempre é utilizada, já que segundo as pesquisas citadas acima, esta abordagem tem gerado resultados satisfatórios quando relacionados a pacientes com multimobidades.

Abordagem Biopsicossocial

Estudos que abordam a aplicação da abordagem biopsicossocial, como por exemplo, (Kusnanto, Aguatian e Hilmanto, 2018) sugerem que condições crônicas são exemplos em que modelo biopsicossocial poderia ser implementado.

A abordagem biopsicossocial auxilia no tratamento de condições crônicas, como diabetes e obstrução crônica doença pulmonar, estas doenças estão

associadas a processos biopsicossociais que levam a problemas de saúde, por exemplo, depressão e ansiedade e outras comorbidades. A autogestão para o controle do diabetes inclui tarefas complexas, adesão ao medicamento, monitoramento das taxas de glicose no sangue, ajuste nutricional e controle de peso, prática de exercícios, cuidados com os pés e estratégias para lidar com a doença e suas complicações (Peyrot e Rubin, 2007) e (Segal et al.; 2013). O modelo biopsicossocial capacita os pacientes como pessoas que participam ativamente no manejo de suas doenças.

Os resultados do presente trabalho permitem identificar a presença de elementos da abordagem biopsicossocial na prática cotidiana dos serviços de saúde analisados. Alguns profissionais de saúde referiram realizar a coleta das informações sobre todos os aspectos da saúde da pessoa, principalmente os médicos na própria consulta e os agentes comunitários nas visitas domiciliares, embora de uma maneira inconsistente.

Um exemplo desta abordagem seria o profissional de saúde perguntando ao paciente sobre o medicamento que está tomando e como está sua doença física (aspectos biológicos); como estão sentindo e como está lidando com elas e como sua doença (aspectos psicológicos) e podem surgir (aspectos sociais), perguntando se o paciente está trabalhando, como é sua vida familiar. Além disso, alguns serviços têm profissionais para atendimento específico para cada uma destas modalidades (como nutricionistas, psicólogos ou terapeutas ocupacionais).

Busca Ativa

Com base na literatura (Lemke e Silva, 2010) disponível sobre o assunto, a busca ativa é uma forma de abordagem, de estar ativamente procurando os pacientes e as questões que dizem respeito a eles. Trata-se de uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes, mas, principalmente associado ao papel dos agentes comunitários de saúde.

A busca ativa é um procedimento de suma importância no conjunto de ações em vigilância epidemiológica de investigação de campo, e tem como objetivo a identificação precoce de casos suspeitos e uma rápida confirmação para orientar adequadamente a aplicação de medidas de controle (Brasil, 2005b). Entretanto,

busca ativa também passou a ser entendida como um movimento de ir contracorrente do automatismo da demanda espontânea, no sentido de cartografar as necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória de determinado território. Trabalhar na lógica da busca ativa é uma das expectativas que se tem sobre a prática dos trabalhadores no território e é bastante mencionada na legislação e nos textos técnicos de saúde, além de ser considerada uma atribuição de todos os profissionais da ESF na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2007).

A busca ativa foi vista pelos entrevistados como um processo facilitador e foi considerada necessária no trabalho com pacientes vulneráveis, como aqueles com doença crônica; pois, segundo os participantes, a busca ativa auxilia na maneira do profissional de saúde realizar um contato mais diretivo com os pacientes, ou com a coleta de informações deles, monitorando ou ajustando os planos.

Comparação do modelo de cuidado no Brasil com as evidências disponíveis

O modelo assistencial na APS brasileira está pautado, desde 1990, pela ESF, que se inspira em resoluções da Alma-Ata (Brasil, 2002) e reafirma os princípios do SUS (Brasil, 1990), oferecendo assistência integral e contínua às famílias e comunidades, incluindo ações multiprofissionais de forma interdisciplinar, construindo relações acolhedoras e de vínculo entre profissionais e a população, com ênfase em vigilância em saúde e na promoção da saúde. A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na APS. O presente estudo, se pauta nestas diretrizes, contudo sugere que os princípios do SUS sejam realizados, mas podem variar de acordo com a unidade e o profissional de saúde atuante, ou seja, são implementados de forma heterogênea e, muitas vezes, de maneira abaixo do esperado.

No Brasil, há a gestão da condição de saúde que é o guia que normatiza a condição de saúde na ESF em seus aspectos promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos. Esta gestão estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde (Mendes, 2012). No

presente estudo não foi encontrado um plano de cuidado e gestão dos riscos plenamente estabelecido e realizados, na prática, contudo, os profissionais de saúde já apresentam um comportamento semelhante ao que estamos sugerindo, o que falta é um treinamento às equipes, padronização dos processos de cuidado, por exemplo.

O MSB implementou progressivamente várias medidas políticas e financeiras para fornecer assistência integrada e centrada na pessoa, com base em uma atenção primária pública forte. O MSB propôs o PTS como um instrumento para a GC de cuidados centrados na pessoa para casos complexos, por meio de uma equipe multidisciplinar (Silva et al, 2016), cuja eficácia e efetividade são desconhecidas. Até o momento, pouco se sabe sobre como é o GC práticos de pacientes de atenção primária à MM no Brasil (Rocha e Lucena, 2018). O que este estudo demonstrou é que pode ser possível que estes elementos que já existam, mas aparentemente, são aplicados de forma variada (entre unidades e pessoas), assim configuram um desafio à equidade do cuidado.

Por exemplo, o cuidado direcionado a pessoas com doenças crônicas deve ser planejado. Para o planejamento do cuidado deve haver um equilíbrio entre as necessidades relacionadas a doença crônica (verificação do controle metabólico, realização de exames físicos, laboratoriais periódicos, acompanhamento de adesão ao tratamento e manutenção de mudanças de hábitos) e as necessidades da pessoa, de forma a oferecer acesso amplo sempre que solicitado (Chueri, et al; 2014). No atual trabalho, pode-se confirmar em algumas entrevistas que estes aspectos são realizados pelos profissionais de saúde, geralmente equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com a contribuição dos pacientes. Porém, não ocorrem de forma padronizada e carecem de um planejamento. Tais ações se diferem da literatura sobre a importância do paciente ter um papel ativo, de autogerenciamento e levando em consideração seus objetivos e desejos (van Dongen et al.; 2016), portanto neste sentido, este processo poderia ser melhorado no Brasil.

Além disso, Chueri e colaboradores (2014) salientam a importância das equipes de APS estarem familiarizadas com as tecnologias e conhecimentos advindas da psicologia e antropologia (como as abordagens tratadas acima) para atuar junto aos pacientes na orientação de mudanças de hábitos e na adesão ao tratamento, ou seja, aspectos fundamentais para o cuidado de pessoas com

doenças crônicas. Este estudo sugere que uma série de técnicas recomendadas parecem ser utilizadas, mas aparentemente, inconsistentemente e sem um protocolo claro de como e quando usar qual técnica/abordagem.

Alguns estudiosos também colocam sobre a importância das equipes estarem aptas para apoiar as mudanças tanto individuais quando dos familiares, bem como, de atuar na adesão do tratamento, na reabilitação, adaptação individual e familiar a um novo contexto, entre outras situações (Chueri, et al; 2014). Neste trabalho observamos que as equipes apresentam este perfil e atuam desta maneira com os pacientes, porém estes aspectos poderiam ser melhorados através de algum tipo de padronização de monitoramento usando um sistema informatizado integrado, por exemplo: sistemas informatizados, prontuários compartilhados, eletrônicos ou não, sistemas de comunicação entre os pontos de atenção para discussão de casos, gestão da clínica, cuidado compartilhado, além de reconhecimento das informações necessárias para o presente atendimento, tais como, continuidade dos profissionais, lista de problemas, classificação de riscos, lista de medicamentos em uso, exames solicitados (Starfield, 2002).

Segundo Mendes (2018) os modelos de atenção a condições crônicas necessitam de respostas sociais proativas, contínuas e integradas em três dimensões: sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas que utilizam o sistema. Para o autor, esses modelos se estruturam em um tripé de sustentação: a estratificação dos riscos da população usuária, a estabilização das condições crônicas e o autocuidado apoiado. Não se opera com pessoas com hipertensão arterial, mas com pessoas de baixo, médio, alto e muito alto risco em relação a esta doença, o objetivo é estabilizar a condição crônica para conter seu risco evolutivo; e as condições crônicas não podem ser estabilizadas sem um componente proativo das pessoas que deixam de ser pacientes para transformarem-se em agentes da produção social de sua saúde, com o apoio de uma equipe de saúde e de sua rede de proteção social (Mendes, 2018). O presente estudo sugere que as que as equipes estão em consonância com esta proposta, pois além de cuidar de pacientes com condições crônicas, neste contexto específico, o paciente vulnerável socialmente já é alvo de um cuidado aprimorado, como esses pacientes necessitam de cuidados mais intensivos, inclusive mais encaminhamentos para outros serviços ou especialidades e mais monitoramento.

Mendes (2018) sugere um modelo de atenção às condições crônicas para o SUS construído com o intuito de que um sistema público e universal deveria incorporar diferentes padrões de determinação social da saúde, atuando em cinco níveis: promoção da saúde, com atuação intersetorial sobre os determinantes intermediários; prevenção das condições crônicas de saúde, com atuação sobre os determinantes proximais ligados a comportamentos e estilos de vida; atuação sobre as condições crônicas estratificadas por riscos e manejadas por tecnologias de gestão das condições de saúde**;** atuação sobre pessoas com condições crônicas de alta complexidade, por meio da tecnologia de gestão da clínica. Esse modelo tem sido utilizado no SUS com alguns resultados positivos, especialmente num modelo de operação em redes da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada (Mendes, 2018). Os resultados apresentados mostraram que o cuidado realizado pelas equipes analisadas ainda carece deste nível de estratificação em relação aos riscos. As tecnologias de gestão referidas sugerem limitações e a necessidade de otimização destes aspectos.

Comparação entre os componentes principais da gestão de casos e as evidências disponíveis

GC pode ser definido como um processo colaborativo que avalia, planeja, implementa, coordena, monitora e avalia opções e serviços para atender às necessidades de saúde de um indivíduo por meio de comunicação e recursos disponíveis para promover resultados de qualidade e custo-benefício *(*Kathol, Perez e Cohen, 2010). A American Case Management Association (WHO, 2015) define a GC como um alvo, baseado na comunidade e abordagem proativa para o cuidado. Assim, envolve a descoberta de casos, avaliação, planejamento assistencial e cuidado, e coordenação para integrar serviços em torno das necessidades de pessoas com condições de longo prazo. De modo geral, os seguintes componentes são considerados pelo King’s Fund como particularmente importantes para GC continuado: identificação de casos (em inglês: *case-finding*), avaliação (em inglês: *assessment*), planejamento (em inglês: *care planning*), e coordenação de cuidado (em inglês: *care coordination*), inclusive gestão de medicamentos, apoio ao autocuidado, advocacia e negociação, apoio psicossocial, monitoramento e revisão (King’s Fund, 2010).

A partir do que foi analisado nesse estudo, pode ser feita uma comparação dos componentes necessários para que haja GC, em relação a como está sendo realizado atualmente o processo de cuidado no Brasil (tabela 3.1 abaixo), ou seja elementos que já existem relacionados com esses componentes.

Tabela 4.1: Comparação dos componentes de GC com o que foi encontrado no processo de cuidado nesse estudo. Ribeirão Preto, 2021.

Componentes Gerenciamento de Casos (King's Fund 2010)	**Elementos existentes no processo de cuidado atual** (resultados desse estudo)
IDENTIFICAÇÃO DE CASO:	Consulta agendada ou livre(triagem), visitas domiciliares, discussão de casos com equipe
AVALIAÇÃO	Entrevista médica longa ou curta, protocolos de avaliação ou cuidado, prontuários, relação terapêutica (vínculo), discussão de casos com equipe
PLANEJAMENTO	Desenvolvimento: discussão com os pacientes anotações em prontuários, cuidado menos intensivo, cuidado intensivo (pessoas "descompensadas" ou com vulnerabilidade social), discussão de casos com a equipe
COORDENAÇÃO DE CUIDADO	Monitoramento através de visitas domiciliares, grupos de atividades consultas, medidas de parâmetros biológicos, sistema de farmácia. Integração do cuidado: Comunicação pelo sistema, apoio multidisciplinar, contato com outros níveis de cuidado (telefone, presencial).
AJUSTES NO CUIDADO	Falta de adesão ao tratamento, tratamento ineficaz, piora no estado de saúde. Mudança no tipo de cuidado: encaminhamento, agendamento de consultas, visitas frequentes, facilitação de acesso para o tratamento

Resumindo, em termos de necessidade de identificação e seleção de indivíduos alvo para os quais a GC é mais apropriada, observamos nas análises das entrevistas que este primeiro aspecto é identificado pelas consultas agendadas ou livre (triagem), nas visitas domiciliares, e nas discussões de casos com equipe. Em geral, para identificar os casos que seriam potenciais para o GC na APS brasileira temos as consultas que já são agendadas ou as livres, em que o paciente chega até a unidade sem ter agendado realizadas pelo médico ou pela equipe de enfermagem, as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, além desta

identificação também poder ser realizada em reuniões de discussão de casos com a equipe (em geral, médicos, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde).

Em relação a avaliação do atendimento individual são realizadas entrevistas pelo médico, quando é uma primeira consulta, o médico realiza a anamnese (histórico do paciente) e a consulta se torna mais longa, já quando trata-se de uma consulta de retorno ela é mais curta, protocolos de avaliação ou cuidado também são utilizados para avaliação, além do uso dos prontuários, e da relação terapêutica (vínculo) entre médico e paciente ser bastante importante para que o paciente confie no profissional para contar sobre sua intimidade neste momento de avaliação, as discussões de caso com a equipe também aparecem neste tópico.

Como não se percebe que existe um planejamento estabelecido no contexto brasileiro, demos o nome desta etapa de desenvolvimento em que podemos observar discussão do médico ou enfermeira com os pacientes sobre seu tratamento, as anotações em prontuários feita pelos médicos, a identificação de quem necessita de cuidado menos intensivo, ou de cuidado intensivo, por exemplo, pessoas “descompensadas” ou com vulnerabilidade social, e, também discussão de casos com equipe.

Em termos de coordenação de cuidado, é realizado monitoramento através de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, grupos de atividades pela equipe multidisciplinar, consultas pelos médicos, medidas de parâmetros biológicos pelo auxiliar de enfermagem, sistema de farmácia que o médico consegue checar para verificar se o paciente foi buscar seu medicamento, por exemplo. Observamos também neste ponto a integração de cuidado que é realizada pela comunicação pelo sistema pelos médicos e enfermeiros, apoio multidisciplinar pela equipe, contato com outros níveis de cuidado que é facilitado pela equipe de enfermagem ou pelo agente comunitário de saúde através de contato telefônico ou presencial.

E no tópico de ajuste dos planos de cuidados, caso seja necessário, observamos que é realizado quando há falta de adesão ao tratamento, ou quando tratamento não está tendo efeito, ou pela piora no estado de saúde. Para isso, é possível oferecer mudança no tipo de cuidado que pode ser realizado por encaminhamentos a outras unidades ou serviços de saúde, pode ser realizado

agendamento de consultas, visitas mais frequentes, facilitação de acesso para o tratamento.

Comparação entre as funções de gerente de casos e as evidências disponíveis.

A coordenação de caso é realizada pelo gerente de caso, que é um profissional de saúde que auxilia pacientes no GC como um tipo de modelo de cuidado, por exemplo, neste caso, pacientes com doenças crônicas ou com complexidade de saúde para melhorar e estabilizar sua saúde (Kathol, Perez e Cohen, 2010). Um dos resultados do estudo realizado por Hudon et al (2019) afirmou que a presença regular de um paciente com um gerente de caso trouxe resultados positivos para o tratamento.

Estudo conduzido na região sul do Brasil descreveu uma intervenção realizada por um gerente de caso, que pertencia a equipe de enfermagem. As intervenções desenvolvidas envolviam consultas de enfermagem, contato telefônico, visitas domiciliares, educação em saúde e encaminhamentos. Os resultados mostraram que o GC proposto possibilitou a melhora dos efeitos do tratamento da hipertensão arterial sistêmica utilizado nos serviços da APS, pois houve redução nos níveis de pressão arterial, circunferência abdominal, IMC e melhora da adesão ao tratamento dos pacientes que participaram do GC (Silva et al, 2019).

As principais funções de um gerente de caso (Kathol, Perez e Cohen, 2010) são descritos na tabela 3.2. Ribeirão Preto, 2021

Tabela 4.2: Principais funções do gerente de caso e possíveis atores em contexto do estudo atual.

Principais Funções do gerente de caso (Kathol, Perez e Cohen, 2010)	**Possíveis atores baseados este estudo**
Conduzir uma avaliação abrangente da saúde do paciente	Médico
Educar o paciente e os membros da equipe de assistência à saúde sobre o gerenciamento de casos, identificar as barreiras para a melhoria da saúde, recursos da comunidade, e assim por diante, para que decisões informadas possam ser tomadas	Médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde
Desenvolver e executar um plano de cuidados de forma colaborativa com o paciente, a família do paciente, o médico / prestador de cuidados primários, outros prestadores de cuidados de saúde, a comunidade, para melhorar a saúde, qualidade de vida, uso adequado de serviços de saúde e conservação de recursos de saúde	Médico, enfermeiro, agente comunitário, auxiliar de enfermagem, equipe multidisciplinar
Facilitar a comunicação e coordenação entre os membros das equipes de saúde biológica e psicológica do paciente para diminuir a fragmentação e aumentar entrega baseada em evidências	Equipe multidisciplinar
Envolver o paciente no processo de tomada de decisão	Médico
Resolver problemas e explorar opções para melhorar o atendimento	Enfermeiro
Considerar planos alternativos, quando necessário, para buscar os resultados desejados	Médico, enfermeiro
Esforçar-se para melhorar a qualidade do atendimento e manter a relação custo-benefício caso a caso	Médico
Auxiliar os pacientes na transição segura de suas informações de cuidados e procedimentos necessários entre os ambientes de cuidados (por exemplo: paciente internado, ambulatorial, enfermaria, centro de reabilitação, etc)	Enfermeiro, médico
Garantir que os pacientes recebam cuidados de qualidade, a equipe de saúde deve ser apoiada na prestação de serviços de qualidade e garantir os recursos recebidos pelo Estado.	Médico, agente comunitário de saúde
Estimular o paciente a se cuidar da mesma maneira.	Médico, enfermeiro, agente comunitário, auxiliar de enfermagem, equipe multidisciplinar

O que pode ser observado em relação aos atores é que existem elementos de GC no processo de cuidado no Brasil, porém o processo não é realizado somente por uma pessoa, atualmente não existe um papel de gerente de caso, mas o cuidado é compartilhado entre os profissionais envolvidos no cuidado, semelhante ao que se propõe na literatura em relação a intervenções complexas levando em consideração o contexto estudado (Skivington, et al., 2021). O gerente de caso das ESF analisadas, pode ser um papel compartilhado entre os agentes comunitários de saúde e a equipe de enfermagem, por exemplo. Na tabela 3.2 acima, é necessário considerar quem, no contexto de estudo atual, poderá realizar cada uma dessas funções de uma forma que se alinhe com o fluxo de trabalho atual. Diferentes elementos da GC, realizadas por diferentes atores, poderiam ser potencialmente integrados através de um sistema de informações.

Pontos fortes e limitações desse estudo

Dados

Um dos pontos fortes dos dados utilizados foi uma grande amostra de entrevistas profundas e elaboradas com amostra estratificada usando método de amostragem de variação máxima. Entretanto, alguns aspectos não foram diretamente abordados, como GC, por exemplo, por não ter sido o foco específico deste primeiro trabalho, aliás, a meta de estudo original foi de contemplar dos todos aspectos de processo de acordo com PCATool-Brasil e deixar o entrevistado à vontade para abordar os assuntos, desta forma capturando o processo de cuidado como ocorre normalmente. No entanto, as entrevistas foram complexas e aprofundadas, abrangendo todos os aspectos do cuidado em conjunto com os profissionais da APS, além da realização de triangulação dos dados. A triangulação se refere ao uso de vários métodos ou fontes de dados em pesquisas qualitativas para desenvolver uma compreensão abrangente dos fenômenos (Patton, 1999). A triangulação também tem sido vista como uma estratégia de pesquisa qualitativa para testar a validade por meio da convergência de informações de diferentes fontes (Carter et al., 2014). No atual trabalho realizamos a triangulação das análises obtidas em relação aos profissionais de saúde, com as entrevistas analisadas dos pacientes.

Metodologia

Uma das críticas à análise secundária é que, embora haja uma tradição bem estabelecida de realização de um processo secundário, e, apesar de um recente crescimento do interesse nesta metodologia, poucas informações estão disponíveis sobre o processo (Long-Sutehall et al; 2010), pouca orientação está disponível para conduzir, estruturar procedimentos ou avaliá-los (Tate e Happ, 2018). Outro aspecto é que a análise secundária de dados qualitativos oferece uma oportunidade para maximizar a utilidade dos dados, no entanto, seus métodos requerem consideração cuidadosa e descrição explícita para melhor compreender, contextualizar e avaliar os resultados da pesquisa (Tate & Happ, 2018). Alternativamente, um método específico que poderia ser utilizado para descrever o processo seria análise da rotina do paciente através da jornada do paciente (em inglês: *patient journey* ou *clinical pathway*). O princípio da jornada do paciente estabelece uma estrutura de coordenação para o desenvolvimento do serviço, abrangendo a transição do 'paciente saudável' na comunidade, através do diagnóstico e tratamento na atenção primária e secundária, para alta na comunidade, acompanhada por reabilitação e acompanhamento ou, talvez, cuidado paliativo. É um modelo que requer inerentemente uma abordagem integrada. Este modelo mantém o foco nos pacientes e suas experiências, em vez de reverter para posições organizacionais e profissionais (Wales, 2005). No entanto, o processo de análise secundária trouxe algumas lições úteis para alcançarmos o objetivo deste trabalho.

Por outro lado, o desperdício de dados de pesquisa que ainda não foi utilizado é amplamente discutido nas ciências da saúde, um estudo pôde informar como aumentar o valor e reduzir resíduos em pesquisa biomédica, e propor métricas para partes interessadas para monitorar a implementação dos mesmos (Macleod et al.; 2014).

Embora considerem as limitações, Hinds e colaboradores (1997) argumentam que é uma abordagem "respeitada, comum e econômica para maximizar a utilidade dos dados coletados" (Hinds et al, 1997, p. 408). Este método apresenta-se suficientemente útil para descrever o processo e seus elementos, para demonstrar o desenvolvimento de uma intenção.

A utilização desta metodologia no presente estudo mostrou-se possível e útil. Assim, foi possível encontrar os temas pretendidos na quantidade inicial de

entrevistas analisadas, e a checagem das entrevistas posteriores confirmou este aspecto, a utilização da estratificação pelo tamanho da cidade também foi útil. Inicialmente, seria realizado somente a análise com os profissionais, porém foi decidido incluir as perspectivas dos pacientes para checar as informações e realizar a triangulação dos dados, com a proposta de apresentar uma análise mais completa e crítica dos dados.

Implicações para a prática

Ao considerar as diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias propostas pelo MSB, pode-se observar propostas em relação a organização do processo do trabalho em todos os níveis de serviço no Brasil (Brasil, 2013): acolhimento, atenção centrada na pessoa e na família, cuidado continuado/atenção programada, atenção multiprofissional, projeto terapêutico singular, regulação da rede de apoio, apoio matricial, acompanhamento não presencial, atendimento coletivo, autocuidado, linhas de cuidado e diretrizes clínicas, estratificação de risco, educação permanente.

Acolhimento

O acolhimento é um modo de atuar nos processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde. O profissional responsável pelo acolhimento deve identificar as demandas do usuário e assumir uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas (Brasil, 2013). Ou seja, requer exercitar uma escuta com responsabilidade e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Os resultados do presente estudo mostraram que geralmente o acolhimento realizado pelos profissionais de saúde ocorre nas unidades analisadas e que este é um ponto importante para o estabelecimento do GC. Porém, urge a necessidade de padronização dessa atividade e treinamento dos profissionais envolvidos.

Atenção Centrada na Pessoa e na Família

O que o MSB propõe baseando-se nos preceitos da OMS é uma atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, que transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde (OMS, 2003).

Como já foi tratado acima sobre este tópico, na maioria das entrevistas analisadas foram observados elementos da abordagem centrada na pessoa. Deste modo, seria necessário treinar estas equipes para que pudessem ampliar sua utilização e aplicação, na prática, já que segundo as pesquisas citadas acima, esta abordagem tem gerado resultados satisfatórios quando relacionados a pacientes com multimobidades, além de ser diretriz no sistema de saúde brasileiro.

Cuidado continuado/atenção programada

Segundo o MSB: “A equipe de atenção primária deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. Deve ser garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado. Entende-se por cuidado continuado/ programado aquele ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de atenção primária. As ofertas, como consultas, exames, procedimentos, são programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades individuais daquele usuário. São exemplos de cuidado continuado/programado o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental” (Brasil, 2013, p. 19).

Pudemos observar neste trabalho que estes pontos são contemplados nas respostas tanto de pacientes quanto de profissionais, como por exemplo a programação de consultas, exames, procedimentos, contudo, quando se trata de estratificação de risco e necessidade individuais de cada usuário, não encontramos um processo claramente desenhado, seria preciso identificar todos estes pacientes, idealmente em um sistema de informática e definir o plano de cuidado para cada um deles, ou alguma outra forma de identificação destas informações.

Atenção multiprofissional

Segundo diretriz do MSB: "a atenção para as pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional. A equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atende uma determinada população e que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos. Nesse sentido, o trabalho se torna efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção" (Brasil, 2013, p. 19).

Neste caso, em nosso trabalho, foi possível identificar, que este tópico tanto pelas respostas dos pacientes quanto dos profissionais foi contemplado. Algumas unidades analisadas contam com o atendimento de psicólogos, e nutricionistas, por exemplo. Porém, nem sempre todas as unidades podem contar com psicólogos, profissionais de educação física, fisioterapeutas, por exemplo. Nossa recomendação seria que as unidades pudessem ter mais a atuação destes profissionais.

Projeto terapêutico singular

O PTS é uma ferramenta para qualificar o atendimento à pessoa com doença crônica, favorecendo a discussão de um sujeito singular em situação de maior vulnerabilidade e complexidade. Consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir do movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico, resultado da discussão coletiva da equipe multiprofissional com o usuário e sua rede de suporte social (Oliveira, 2008; Brasil, 2010d).

Este tópico não aparece claramente nos resultados deste trabalho, porém os profissionais relatam desenvolver o PTS para pacientes com maiores vulnerabilidades e complexidades, o que sugerimos, neste caso, seria a retomada e leitura deste projeto e posteriormente um treinamento sobre como poderia ser elencado estes pontos contidos no PTS.

Regulação da rede de apoio

A regulação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas envolve, necessariamente, a capacidade da APS de ordenar os demais níveis da rede. Os

fluxos e as condições para encaminhamentos devem ser definidos dentro da construção das linhas de cuidado. Mesmo enquanto persistir o acompanhamento na atenção especializada, a APS deve continuar informada da situação de saúde do usuário, bem como acompanhar o desenvolvimento do plano de cuidado (Brasil, 2013).

No atual trabalho este ponto parece estar alinhado com as diretrizes do MSB, o que podemos salientar seria uma melhora nos sistemas de informática para que todos estes documentos e encaminhamentos ficassem alinhamos em um mesmo sistema. Em algumas entrevistas os profissionais relataram, que nem sempre conseguem saber como está sendo feito o tratamento do paciente, ou que tipo de exame realizado devido as limitações relacionadas as informações de outros níveis de serviço.

Apoio Matricial

Segundo o Ministério da Saúde: “O apoio matricial deve ser parte fundamental do processo de trabalho das equipes de atenção especializada. A discussão dos casos clínicos, presencial ou a distância por meio do Telessaúde Brasil Redes, bem como momentos periódicos para abordagens temáticas, atendimento conjunto, entre outros, deve ser garantida dentro da agenda desses profissionais” (Brasil, 2013, p. 20).

Este aspecto parece estar na agenda da maioria dos profissionais de saúde em que realizamos as análises, geralmente este processo acontece nas reuniões de equipe.

Acompanhamento Não Presencial

As interações entre as equipes de saúde e os usuários podem se tornar mais produtivas com um equilíbrio entre atendimentos profissionais presenciais e não presenciais por meio de telefone ou de correio eletrônico (Mendes, 2011).

“Outra ação que se destaca é o acompanhamento de usuários com casos mais complexos. Esses usuários, que necessitam de uma abordagem mais intensiva, podem ter a necessidade de consultas diminuída se for possível o uso de outras formas de contato (telefone, e-mail” (Brasil, 2013, p. 21).

Este aspecto também surgiu em neste trabalho, mas não parece ser um processo muito bem estabelecido, visto que, não surgiu muitas vezes nas respostas dos participantes. Seria importante inserir este tópico na rotina de trabalho das unidades, com a finalidade de poupar tempo e de organizar melhor o trabalho. Entre as dificuldades apontadas para este aspecto não ser amplamente realizado destacamos a vulnerabilidade existente em algumas regiões, nem sempre é possível que os pacientes tenham um aparelho de telefone, celular ou internet, por exemplo.

Atendimento Coletivo

O MSB afirma que: "Além dos atendimentos profissionais individuais, os atendimentos em grupo devem fazer parte da atenção à saúde. Os grupos são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde. Essa abordagem deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de atitude" (Brasil, 2013, p. 21).

No atual trabalho, pôde-se observar que os grupos são bastante utilizados no trabalho das unidades, contudo, nem sempre há a adesão dos pacientes. Um trabalho de divulgação sobre a importância destes grupos poderia ser feito para torná-los mais atrativo aos usuários.

Autocuidado

"Nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas" (Brasil, 2013, p.22).

Em relação ao que foi observado neste trabalho, o autocuidado apresenta-se fragilizado. Os pacientes ainda necessitam muito de um profissional para falar/explicar o que ele deve fazer. Seria bastante importante a conscientização sobre o autocuidado para que os pacientes pudessem ter melhores resultados em seu tratamento.

Linhas de Cuidado e Diretrizes Clínicas

Diretrizes clínicas específicas são recomendações para cada nível de atenção. Estas diretrizes devem ser elaboradas com o objetivo de orientar o cuidado, a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. Em geral, definem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos, as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. São definidas com a participação dos diversos atores envolvidos no processo de cuidado das pessoas com condições de saúde de relevância epidemiológica. Orientam as linhas de cuidado e viabilizam a programação de ações e a comunicação entre as equipes e serviços (Brasil, 2010a; Brasil, 2011).

"Considerando que os serviços de saúde devem estar organizados regionalmente, é essencial que as regiões de saúde estabeleçam as suas linhas de cuidado e as suas diretrizes clínicas próprias" (Brasil, 2013, p 23).

Este tópico não foi claramente citado nas entrevistas, mas pensando em um processo de intervenção, poderíamos colocar este ponto para discussão, e, também, poderia ser inserido dentro do tópico de padronização que citaremos abaixo.

Estratificação de Risco

Segundo o MSB: "O conhecimento profundo da população usuária de um serviço é elemento essencial para a organização da atenção. Isso possibilita romper com a atenção baseada na oferta de consultas e procedimentos desorganizados, característica dos sistemas fragmentados" (Brasil, 2013, p.23). A finalidade da estratificação de risco é classificar os usuários de determinado serviço de acordo com a gravidade da enfermidade. Essa classificação deve permitir a definição de uma série de ofertas que serão programadas de acordo com o nível em que se encontra o usuário. Ela serve para avaliar, organizar e garantir o atendimento a cada usuário, conforme a necessidade (Brasil, 2013, p 24).

Pelo que foi observado neste trabalho, existe um olhar dos profissionais para pacientes que necessitam de cuidado mais ou menos intensivo, ou pacientes com vulnerabilidades sociais, ou que necessitam de encaminhamentos, por exemplo; porém é inexistente uma estratificação organizada e bem delimitada. Isto poderia ser realizado em um sistema de informática para melhor organização da atenção e do cuidado.

Educação Permanente

MSB orienta que: “Tendo em vista que a implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas implica mudanças nos processos de trabalho, é fundamental uma educação permanente que supere os modelos tradicionais de educação dos profissionais e caminhe no sentido de estratégias educacionais que valorizam o trabalhador, seu conhecimento prévio e sua experiência profissional. Deve ser realizada com base na aprendizagem por problemas, na aprendizagem significativa e organizada em pequenos grupos, sempre tendo como referência e ponto de partida as questões do mundo do trabalho que incidem sobre a produção do cuidado” (Brasil, 2013, p. 24).

Este aspecto também não pôde ser observado claramente neste trabalho, se as equipes pudessem ter essa educação permanente e treinamentos, vários destes pontos que estão sendo sugeridos acima talvez pudessem ser solucionados.

Outros pontos importantes de implicações para a prática

Padronização

Uma implicação aparente importante para a prática é que não existem protocolos de trabalho bem estabelecidos, cada unidade de saúde utiliza um formato de trabalho, mas o resultado, em geral, é parecido, que parece ser o efeito de um sistema de saúde descentralizado. Neste contexto uma grande questão levantada é a questão da padronização, muito valorizada por alguns, mas criticada por outros. Aqueles que argumentam a favor afirmam que minimiza o risco de erros, aumenta a segurança do paciente e pode realmente melhorar a experiência do paciente (Wears, 2015). Os defensores da personalização veem uma abordagem padronizada como

um modelo único para o tratamento de pacientes, eles argumentam que no ambiente de saúde de hoje, no qual a responsabilidade dos pacientes sobre sua saúde e resultados está crescendo e se tornando essencial, uma personalização pode melhorar a satisfação do paciente e aumentar o envolvimento do paciente (Lavelle, Schast e Keren, 2015). Por mais que tenhamos um sistema descentralizado, cada unidade poderia pensar em sua realidade e contexto para organizar o melhor formato, porém baseando-se em uma diretriz comum.

Planejamento

Com base nos dados analisados para este estudo, o processo de cuidado carece de um planejamento estruturado, e é realizado nos momentos de desenvolvimento, monitoramento e ajustes, na identificação e avaliação possuem menos tarefas, talvez por conta de uma falta de padronização e elaboração de um plano de cuidado (conjuntos baseados em evidências de diagnósticos pré-formulados e suas metas, recursos, características e intervenções relacionadas que os profissionais da APS podem selecionar ao fazer um plano de atenção). Apesar de sua importância (Coulter et al.; 2015), os planos de cuidados têm sido repetidamente considerados insatisfatórios internacionalmente, e parece haver falta de evidências sobre como integrar a perspectiva do paciente.

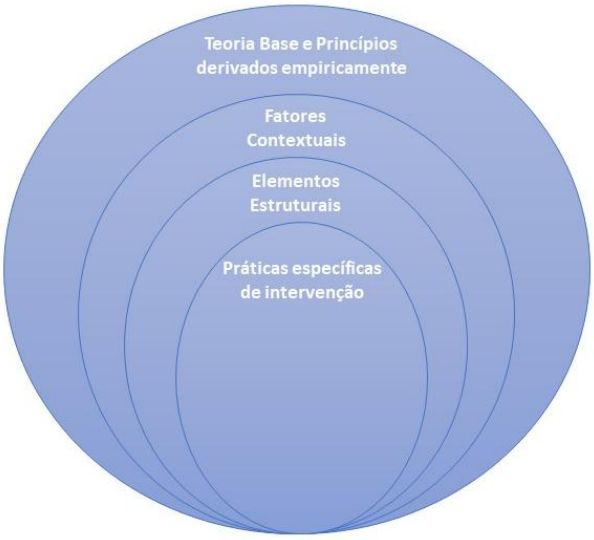
Um plano de cuidado padronizado que poderia ser realizado pelas equipes, seria instaurar uma abordagem integral incluindo fatores relacionados ao paciente e profissionais, fatores interpessoais, organizacionais e externos. Além disso, o líder da equipe deve desempenhar um papel fundamental em observar a perspectiva do paciente, organizar e coordenar colaborações interprofissionais e orientar a equipe durante os desenvolvimentos (van Dongen, 2016). Um exemplo de plano de cuidado poderia ser o planejamento de cuidados personalizados centrado no paciente (Bolton et al.; 2019).

O desenvolvimento de planos de serviço individualizados reuniu os pacientes e suas famílias com profissionais de saúde e comunidade, estes planos ajudaram os participantes saber para onde estavam indo, para qual caminho deveriam seguir, segundo o que foi encontrado na pesquisa (Hudon et al.; 2015).

Implicações para a pesquisa

Conforme pode ser concluído, o processo de cuidado no Brasil já apresenta elementos possíveis para a implementação de GC e tem profissionais atuando neste cuidado de uma forma parcialmente alinhada com GC e alguns facilitadores conhecidos estão presentes, como construção de relacionamento; práticas de comunicação da equipe; relações com os pacientes, entre outros (Teper, 2020). Para operacionalizar um GC que funcione com efetividade e eficácia (na realidade), seria necessário um projeto viabilidade com piloto de intervenção. Contudo, percebemos que podemos pensar nesta realidade como uma intervenção complexa (Skivington, et al., 2021) de acordo com o contexto (Bate, et al.; 2014) existente no Brasil. Um tipo de intervenção, que tem estabelecidos elementos centrais (em inglês: *core intervention components*), as funções ou princípios essenciais, e elementos associados como apresentado em figura 3.1 (Blase e Fixsen (2013).

Figura 4.1: Componentes principais de intervenção - dos princípios às práticas.



Blase e Fixsen (2013)

Uma parte importante da operacionalização dessa intervenção será oferecer a especificação de aspectos contextuais das intervenções heterogêneas de unidades diferentes da ESF, por exemplo política e recursos disponíveis; tecnologia e

treinamento em tecnologia; treinamentos para as equipes e materiais de apoio para auxílio no trabalho. Um outro exemplo importante de contexto seria, acesso para outros profissionais de saúde como psicólogos, assistentes sociais e sistemas de informação também seriam importantes elementos neste processo.

Um outro aspecto central, são elementos estruturais, com base neste estudo e na literatura anterior, podem ser propostos seguintes elementos:

- processo otimizado da identificação de casos para sistematizar uma triagem de casos de alta intensidade – cuidado avançado (porque esta é a característica essencial de eficácia do GC (Mendes, 2018)
- avaliação padronizada e rastreada das necessidades e desenvolver planos de cuidado biopsicossocial usando uma abordagem centrada na pessoa com múltiplos tipos de prestadores de cuidados para ajudar a melhorar os resultados dos pacientes, também associados a resultados positivos (Mendes, 2018)
- realizar a criação de um processo de planejamento com etapas pré-estabelecidas, a fim de que a equipe e os pacientes saibam qual caminho devam seguir em seu tratamento (Hudon et al.; 2015), com diferentes opções de cuidados (em aspectos como gestão de medicamentos, apoio ao autocuidado, advocacia e negociação, apoio psicossocial, monitoramento e revisão), dependendo de um perfil de complexidade de necessidades do paciente.
- coordenação de casos dividida entre diferentes profissionais (Hudon, 2017) e integrada através de um sistema de TI (por exemplo, (uma inserção de mobile/tablet, integrado ao sistema eletrônico de registro médico).
- ajustes no cuidado também integrando os diversos serviços para realização de encaminhamentos, por exemplo, integrado a um sistema de TI.

Em termos das práticas de intervenção específica, a descrição cuidadosa das funções e atores envolvidos é de importância central para o desenvolvimento de uma ciência que pode ser generalizável, esta intervenção poderia ser realizada com a ciência de implementação, por exemplo usando o princípio AACTT (ação, ator, contexto, alvo e tempo). Esta metodologia segundo Presseau, et al (2019), visa projetar intervenções de implementação para mudar o comportamento dos provedores de saúde e outros profissionais do sistema de saúde, buscando especificações detalhadas do(s) comportamento(s)

direcionado(s) à mudança para garantir alinhamento entre componentes de intervenção e resultados medidos.

Segundo os autores, a especificação detalhada do comportamento pode ajudar a esclarecer lacunas de evidência-prática, esclarecer quem precisa fazer o que de que maneira, além de identificar barreiras e facilitadores modificáveis, projetar intervenções para abordá-los e, em última análise, fornecer um indicador do que medir para avaliar um efeito da intervenção na mudança de comportamento (Presseau, et al; 2019). Na tabela 3.3. temos um modelo proposto de AACTT que poderíamos utilizar na realidade brasileira.

Tabela 4.3: Um exemplo da implementação da AACTT.

Domínios AACTT	**Definição**	**Exemplos**
Ação	Um comportamento discreto observável	Prescrição de anti-hipertensivos, encaminhamento para especialista, lavar as mãos, definindo uma política
Ator	O indivíduo ou grupo de indivíduos que desempenham (ou deveria / poderia) a ação	Médico de atenção primária, farmacêutico, assistente social, residente, administrador, gerente intermediário, chefe de unidade, formulador de políticas
Contexto	O ambiente físico, emocional ou social em que o ator realiza (ou deveria / poderia) a ação	Sala de exames, consultório médico, fora do quarto do paciente, em um sala de reuniões, situação estressante vs. calma, quando os parentes dos pacientes estão presentes ou não
Alvo	O indivíduo ou grupo de indivíduos para / com / em nome de quem o ator realiza a ação	Paciente com diabetes e pressão arterial acima de 140/80 mmHg, paciente querendo parar de fumar
Tempo	O período de tempo e a duração em que o Ator realiza a Ação no contexto com / para o alvo	Na revisão anual, na próxima vez que um paciente visitar, todas as semanas, durante o próximos 6 meses

A estrutura AACTT fornece um meio para estabelecer os elementos centrais de comportamento direcionado para a mudança. A estrutura pode ser aplicada para descrever o comportamento dos atores em múltiplos níveis organizacionais. A estrutura facilita a descrição sistemática de quem precisa fazer o que de maneira diferente, entender o que pode impedi-los ou ajudá-los a fazer então, como apoiá-los para lidar com as barreiras à mudança e como demonstrar que esse apoio funcionou. AACTT é compatível com qualquer teoria, modelo ou estrutura em que o comportamento é o foco da investigação e, portanto, tem o potencial de ser integrado ao lado teórico-chave abordagens utilizadas na prática. Abaixo é apresentado um exemplo de como ele poderia ser aplicado a uma ação específica em uma intervenção GC (tabela 3.4).

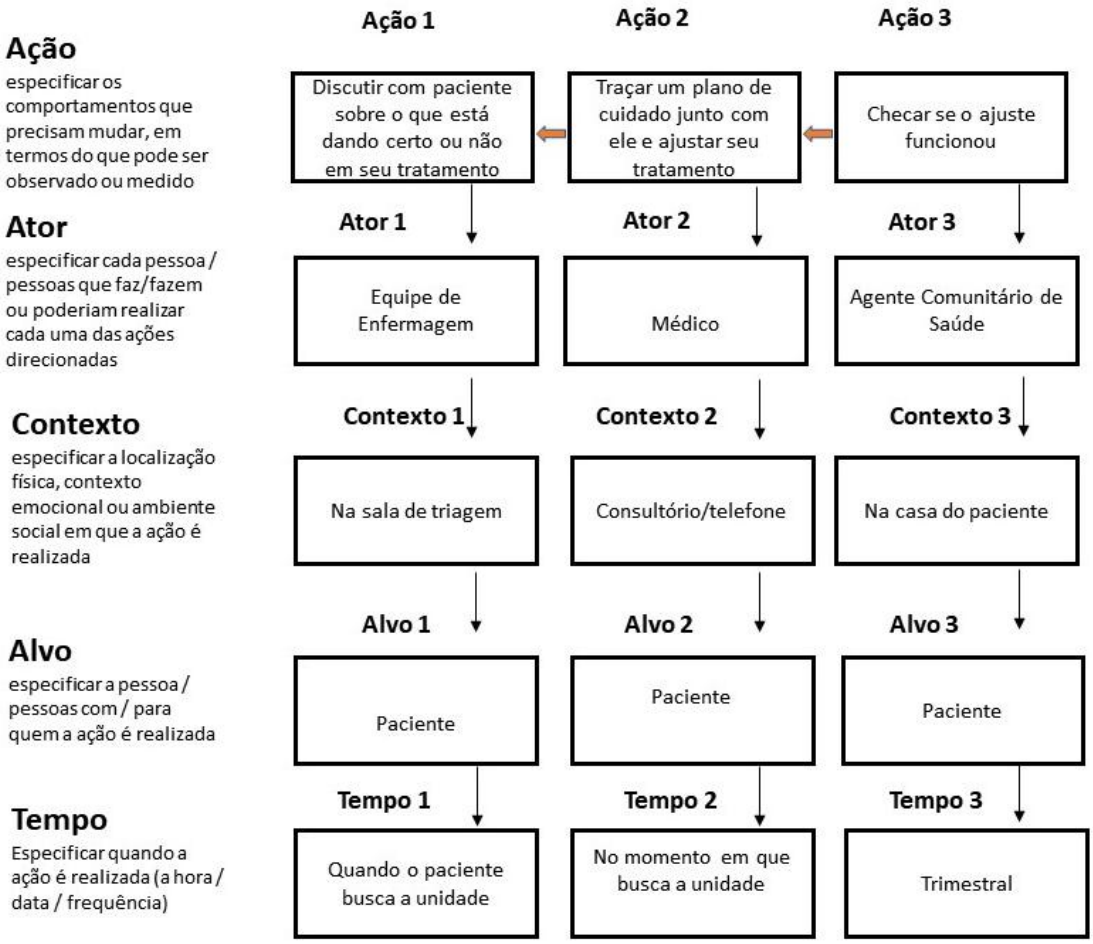
Tabela 4.4: Exemplo de aplicação do AACTT no contexto atual.

Domínios AACTT	**Prática de intervenção específica**
Ação	Discutir com o paciente sobre seu cuidado, entender o que ele está funcionando ou não em seu tratamento para propor um plano de ajuste/cuidado.
Ator	Equipe de enfermagem
Contexto	Na sala de triagem
Alvo	Paciente descompensado (aumento de pressão, diabetes, etc)
Tempo	Na próxima consulta (3 meses)

Neste pequeno exemplo, supõe-se a aplicação do AACTT com um paciente em que seu tratamento não está funcionando, visto que, trata-se de um paciente com hipertensão, que já realiza tratamento na unidade e por se sentir mal buscou o serviço. Chegando lá, a AÇÃO será discutir com o paciente sobre seu cuidado, entender com ele o que pode estar funcionando e o que pode não estar, apresentar a ele um plano de cuidado e propor um ajuste neste cuidado. Quem deveria realizar esta ação poderia ser a equipe de enfermagem ou médico (ATOR), esta conversa poderia ser na sala de triagem ou na sala de consulta (CONTEXTO), o ALVO seria este paciente com aumento de pressão e um TEMPO para realizar um novo contato

seria em torno de 3 meses. Este exemplo poderá ser realizado em todos as situações apresentadas nesta intervenção, conforme exemplo a seguir, na Figura 3.2.

Figura 4.2: Exemplo de aplicação AACTT em diversos momentos do processo de cuidado neste estudo.



Uma outra possibilidade seria utilização de uma abordagem conjunta entre profissionais de saúde e pacientes para o desenvolvimento de práticas específicas de intervenção. Por exemplo: Roda de Mudança de Comportamento (em inglês: *the behavior change wheel - BCW*) que seria um conjunto de ferramentas e princípios inter-relacionados com o objetivo de orientar a tomada de decisões e facilitar o desenvolvimento sistemático de intervenções comportamentais. A implementação de novas práticas e / ou a mudança de práticas existentes em organizações, serviços e sistemas requer mudanças no comportamento humano individual (por exemplo,

profissional de saúde) e coletivo (por exemplo, equipe clínica). A literatura de pesquisa de implementação contém vários exemplos de como a abordagem BCW foi aplicada de diferentes maneiras para diferentes propósitos. Isso inclui explorar os problemas de implementação, projetar e refinar as intervenções de implementação, conduzir a avaliação do processo das intervenções de implementação e sintetizar a pesquisa de implementação (D´Lima, Lorencatto e Michie, 2020).

5 CONCLUSÕES

Conseguimos demonstrar através deste trabalho que há na ESF da região de Ribeirão Preto/SP no Brasil uma organização de processo de cuidado e, pensando nos pontos da GC citados acima, também podemos considerar que a ESF trabalha com pontos presentes neste modelo, porém, não existe uma nomeação formal e os procedimentos não são padronizados conforme estabelece a definição de GC. Podemos identificar, também, que os atores envolvidos no cuidado, são agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos, cada um realizando um papel em cada parte do processo, portanto um processo de cuidado complexo tipo GC seria potencialmente viável, pensando no contexto brasileiro, em que vários profissionais de saúde realizassem a função de gerente de caso e ferramentas para ajudar na identificação, avaliação, planejamento de cuidados e monitoramento. A análise secundária de um estudo qualitativo compreensivo pode trazer informações sobre a viabilidade do modelo assistencial, sem a necessidade de coletar novas informações. É necessária mais orientação de como realizar tal análise para este fim, aqui apresentei um exemplo de como.

REFERÊNCIAS

Academy of Medical Sciences (2018). Multimorbidity: a priority for global health research (Ch2 & 3). Disponível em: https://acmedsci.ac.uk/file-download/82222577.

Academy of Medical Sciences (2017). Addressing the global challenge of multimorbidity: Lessons from BRICS countries, 2017. Disponível em: https://acmedsci.ac.uk/file-download/3855485.

Bate, P., Robert, G., Fulop, N., Ovretveit, J., Dixon-Woods, M. Perspectives on context A selection of essays considering the role of context in successful quality improvement. The health foundation, 2014.

Bate, P., Mendel, P., Robert G. Organising for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States. Oxford: Radcliffe; 2008.

Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D. et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC Health Serv. Res 18, 350, 2018.

Blase, K., Fixsen, D. Core Intervention Components: Identifying and Operationalizing What Makes Programs Work. ASPE Research Brief. US Department of Health and Human Services.

Bolton, R., Bokhour, B., Hogan, T., Luger, T., Ruben, M., Fix, G. Integrating Personalized Care Planning into Primary Care: a Multiple-Case Study of Early Adopting Patient-Centered Medical Homes. J Gen Intern Med. 2020 Feb;35(2):428-436. doi: 10.1007/s11606-019-05418-4. Epub 2019 Oct 24. PMID: 31650401; PMCID: PMC7018887.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978

Brasil. Ministério da Saúde. Princípios do SUS. [página na internet]. [acessado 2020 set 20]. Disponível em: http:// https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6 ed. Brasília, DF, 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil – 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. BMC Public Health. 2019;19(1):339. Published 2019 Mar 25. doi:10.1186/s12889-019-6663-y.

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., Neville, AJ. The use of triangulation in qualitative research. Oncol Nurs Forum. 2014;41(5):545-547. doi:10.1188/14.ONF.545-547

Case Management Society of America. Definition of Case Managagement (2007) Available: http://www.cmsa.org.

Chueri, P., Harzheim, E., Gauche, H., Vasconcelos, L. Chronic diseases, care networks and Primary Health Care . Divulgação em Saúde para Debate | Rio de Janeiro, 2014.

Coulter, A., Entwistle, V., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., Perera, R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Mar 3;2015(3):CD010523. doi: 10.1002/14651858.CD010523.pub2. PMID: 25733495; PMCID: PMC6486144.

Cubillos, L., Bartels, S., Torrey, W., Naslund, J, Uribe-Restrepo JM, Gaviola C, Díaz SC, John DT, Williams MJ, Cepeda M, Gómez-Restrepo C, Marsch LA. The effectiveness and cost-effectiveness of integrating mental health services in primary care in low- and middle-income countries: systematic review. BJPsych Bull. 2021 Feb;45(1):40-52. doi: 10.1192/bjb.2020.35. PMID: 32321610; PMCID: PMC8058938.

D´Lima, D., Lourencatto, F., Michie, S. Handbook on Implementation Science. - Chapter 7: The Behaviour Change Wheel approach. Published:21 May 2020. DOI:https://doi.org/10.4337/9781788975995.00014.

Da Silva, Â., Mantovani, M., Castanho Moreira, R., Perez, A., , de Souza RM. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: A randomized controlled trial. Res Nurs Health. 2019;1–11. Disponível em: https://doi.org/10.1002/nur.21994

Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., Brown, A.,Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2015; 15: 194. Disponível em doi: 10.1186/s12913-015-0854-8

De Bruin, S., Versnel, N., Lemmens, L., et al. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. Health Policy. 2012;107(2-3):108-145. doi:10.1016/j.healthpol.2012.06.006

Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, CM., et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database Syst Rev.2012;12:CD003267. Published 2012 Dec 12. doi:10.1002/14651858.CD003267.pub2.

Fertonani, H. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil.

Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., Turk, D. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. Psychol Bull 2007;133:581-624.

Hudon C, Chouinard MC, Aubrey-Bassler K, Muhajarine N, Burge F, Pluye P, Bush PL, Ramsden VR, Legare F, Guenette L, Morin P, Lambert M, Groulx A, Couture M, Campbell C, Baker M, Edwards L, Sabourin V, Spence C, Gauthier G, Warren M, Godbout J, Davis B, Rabbitskin N. Case management in primary care among frequent users of healthcare services with chronic conditions: protocol of a realist synthesis. BMJ Open. 2017 Sep 3;7(9):e017701. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017701. PMID: 28871027; PMCID: PMC5589014.

Hudon, C., Chouinard, M. C., Diadiou, F., Lambert, M., & Bouliane, D. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. Annals of family medicine, 13(6), 523–528. https://doi.org/10.1370/afm.1867

Joo, JY., Liu, M., Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. Int Nurs Rev. 2017;64(2):296-308. doi:10.1111/inr.12335

Kathol RG, Andrew RL, Squire M, Dehnel PJ. Overview of Health Complexity and the Interaction Between Physical and Behavioral Health Conditions. In: The Integrated Case Management Manual: Value-Based Assistance to Complex. Medical and Behavioral Health Patients, Chapter 3: 2nd ed, 2018.

Kusnanto, H., Agustian, D., Hilmanto, D., Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. J Family Med Prim Care. 2018 May-Jun;7(3):497-500. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_145_17. PMID: 30112296; PMCID: PMC6069638.

Lemke, R., Azevedo, N., et al. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território Estudos e Pesquisas em Psicologia, vol. 10, 2010, Rio de Janeiro.

Long-Sutehall, T., Sque, M., Addington-Hall, J., Secondary analysis of qualitative data: a valuable method for exploring sensitive issues with an elusive population? First Published September 3, 2010.

Macleod, M., Michie, S., et al. Biomedical research: increasing value, reducing waste. The Lancet. 2014; 383: 101-104.

Margot P. The Roles and Qualities Required of a Case Manager Case Management - part 3. 2005 Revised in 2008.

Mendes, E. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011.

Mendes, E. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2012.

Mendes, E. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde, Ciênc. saúde colet. 23, Fev 2018, disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017.

Navickas R, Petric VK, Feigl AB, Seychell M. Multimorbidity: What do we know? What should we do? J Comorb; 6(1):4-11, 2016.

Nashmil A , Shabnam N, Catrin W et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. BMC Family Practice, 2018.

Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A., & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. BMC health services research, 20(1), 147. https://doi.org/10.1186/s12913-020-4999-8.

Oliveira, G. O Projeto terapêutico singular. In: Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

Palmer, K., Carfì. A., Angioletti, C., et al. A Methodological Approach for Implementing an Integrated Multimorbidity Care Model: Results from the Pre-Implementation Stage of Joint Action CHRODIS-PLUS. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(24):5044. Published 2019 Dec 11. doi:10.3390/ijerph1624504423- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886259/

Patton, M.Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. Health Sciences Research, 34, 1189–1208

Peyrot, M., Rubin, R. Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: A conceptual review. Diabetes Care 2007;30:2433-40.

Pfadenhauer, L.M., Gerhardus, A., Mozygemba, K. et al. Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. Implementation Sci 12, 21 (2017). https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5

Poitras, M., Maltais, M., Bestard-Denommé, L. et al. What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. BMC Health Serv Res 18, 446, 2018

Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, L., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., Bobba, S., Zwar, N. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care, Affiliations expand PMID: 29316889 PMCID: PMC5759778 Disponível em: doi: 10.1186/s12875-017-0692-3

Rocha, E., Lucena, A. Single Therapeutic Project and Nursing Process from an interdisciplinary care perspective. Rev. Gaúcha Enferm. vol.39, Porto Alegre 2018.

Ross, S., Curry, N., Goodwin, N. Case management. What it is and how it can best be implemented. The Kings Fund, 2011.

Ruggiano, N., Perry, T. Conducting secondary analysis of qualitative data: Should we, can we, and how? Qual Soc Work. 2019 Jan;18(1):81-97. doi: 10.1177/1473325017700701. Epub 2017 Apr 14. PMID: 30906228; PMCID: PMC6428200.

Rzewuska, M., de Azevedo-Marques, JM., Coxon, D., et al. Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: Evidence from the 2013 National Health Survey, PLOS ONE;12(2): e0171813, 2017.

Segal, L., Leach, M., May, E., Turnbull C. Regional primary care team to deliver best-practice diabetes care: A needs-driven health workforce model reflecting a biopsychosocial construct of health. Diabetes Care 2013;36:1898-907.

Sharp, E., & Curlewis, K. (2019). Research waste is still a scandal-especially in medical students. BMJ (Clinical research ed.), 364, l700. https://doi.org/10.1136/bmj.l700

Silva, da A, Loccioni, M., Orlandini, R., et al. Singular Therapeutic Project for professionals in the family health strategy. Cogitare Enferm. 21(3): 01-08, 2016.

Rzewuska, M., Carolina Guidorizzi Zanetti, A., Skea, Z. C., Moscovici, L., Almeida de Oliveira, C., & Mazzoncini de Azevedo-Marques, J. (2021). Mental-physical multimorbidity treatment adherence challenges in Brazilian primary care: A qualitative study with patients and their healthcare providers. PloS one, 16(5), e0251320. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251320.

Skivington K, Matthews L, Simpson SA, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021;374:n2061. Published 2021 Sep 30. doi:10.1136/bmj.n2061

Smith. S, et al. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(3).

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. Effectiveness of Case Management for 'At Risk' Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015;10(7):e0132340. Published 2015 Jul 17. doi:10.1371/journal.pone.0132340

Tate J., Happ M. Qualitative Secondary Analysis: A Case Exemplar. J Pediatr Health Care. 2018.

Teper MH, Vedel I, Yang XQ, Margo-Dermer E, Hudon C. Understanding Barriers to and Facilitators of Case Management in Primary Care: A Systematic Review and Thematic Synthesis. Ann Fam Med. 2020;18(4):355-363. doi:10.1370/afm.2555

Thornicroft, G. J., Ahuja, S., Barber, S., Chisholm, D., Collins, P. Y., Docrat, S., Fairall, L., Lempp, H. K., Niaz, U., Ngo, V., Patel, V., Petersen, I., Prince, M. J., Semrau, M. H., Unutzer, J., Huang, Y. & Zhang, S.,Integrated care for people with long-term mental and physical conditions in low- and middle-income countries: narrative review 15 Nov 2018, In: The Lancet Psychiatry.

Van Dongen JJ, Lenzen SA, van Bokhoven MA, Daniëls R, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. BMC Fam Pract. 2016;17:58. Published 2016 May 28. doi:10.1186/s12875-016-0456-5

Verdi, M., Da Ros, M., Cutolo, L. Modelo biomédico e modelo de determinação social de saúde. Disponível em: http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/258, 2012.

Wales A. Managing knowledge to support the patient journey in NHS Scotland: strategic vision and practical reality. NHS Scotland Library Service Development, 2005.

Wears R. L. Standardisation and Its Discontents. Cogn Technol Work. 2015

World Health Organization (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report. Geneva

Yorganci E, Evans CJ, Johnson H, et al. Understanding usual care in randomised controlled trials of complex interventions: A multi-method approach. Palliat Med. 2020;34(5):667-679. doi:10.1177/0269216320905064

APÊNDICE

Apêndice 1: Codificação indutiva.

E: Então você falou sobre medicações, como você fica sabendo? Caso que chega aqui de paciente que chega e não lembra o nome do medicamento. Como que você consegue essa informação?

M10: Eu vou tentando, né? Se eles falam: "Ah, é um medicamento pra arritmia", aí os que eu conheço eu vou falando: é esse? "Não", é aquele? "Não", é aquele? "Acho que é", você pegou lá no posto ou você comprou? "Peguei no posto". Eu consigo entrar no cadastro aqui no Hygia e vejo lá que medicamento que ele retirou, aí eu consigo ver, ou então se eu não consigo de jeito nenhum, eu falo: Olha, então quando você for na sua casa, depois, traz a receita pra eu ver que medicamento que é. Eu sempre anoto. {Uhum} Às vezes eu não consigo logo de cara, assim, tem que a pessoa trazer pra ver. {Entendi}

Natalia
Descrição: Por falta de informações no sistema, o profissional depende da resposta do paciente, e, muitas vezes ele não consegue responder com assertividade sobre o seu tratamento. Questões relacionadas a planejamento de cuidados.

Descritores case-management:
1-) Coordenação do cuidado de saúde

E: Como você fica sabendo que a pessoa tirou esses medicamentos que você prescreveu pra ela?

M10: É através do paciente também. Todo começo do meu atendimento, eu anoto todas as medicações que o paciente toma e pergunto: tá tomando o AAS, "Tô", tá tomando Enalapril? "Ah, não tô", por que? "Porque o médico lá falou pra eu tomar Losartana", aí eu anoto: o cardiologista substituiu pelo Losartana, é desse jeito. {Entendi} Entendeu? Tem pessoa que informa muito bem, mas tem pessoas que informam muito mal e eu fico nessa dependência. Se for uma pessoa muito preocupada com a sua saúde e que lembra também o nome de medicamentos, que também às vezes não é fácil, {Uhum} e aí ela fala certinho: "Olha, ele falou que tal, tal, tal, trocou esse remédio, passou esse, {Uhum} e falou pra eu te avisar". Mas tem pessoa que não tem mesmo essa preocupação, {Uhum} e aí ei fico perdido, né? {Uhum}

Natalia
Descrição: Importância do paciente saber da sobre seu tratamento. Dificuldades com as informações inseridas no sistema da rede.

Descritores case-management:
1-) Coordenação do cuidado de saúde
2-) Avaliação e planejamento de cuidados individuais
3-) Acompanhamento regular dos pacientes

E: Não, eles, você pergunta pra pessoa trazer as receitas ou medicamentos? [[Eu entendi correto]], nesse caso. E como você fica sabendo se a pessoa está tomando esse medicamento? Tanto o que você prescreveu quanto os outros?

M10: Você tá falando se tá fazendo de acordo, né? Se tá tomando certinho né? Se tá seguindo...

E: Isso.

M10: Eu pergunto, mas nem sempre a gente escuta assim, realmente, eles falam que tá tomando, sempre estão. Semana passada a gente foi na casa de um senhor que diabético e hipertenso, tem oitenta e dois anos e mora sozinho {Uhum} e aí ele diz sempre na consulta que tá tomando remédio. Eu pergunto: seu Nelson, o senhor tá

Natalia August 20, 2019
Descrição: Cuidado individualizado do paciente em visitas domiciliares. Importância em instruir os pacientes para garantir seu autocuidado, planejamento de cuidado, pode ser inserido nesta ideia.

Descritores case-management:
1-) Multimorbidades,
2-) Avaliação de planejamento de cuidados individuais,
3-) Acompanhamento regular dos pacientes e
4-) Ajustes dos planos de cuidado, se necessário

Reply Resolve

Apêndice 2: Desenvolvimento da estrutura analítica (framework).

CÓDIGO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO CATEGORIA
A	1.1	Priorização de casos (case priorisation): quais casos são priorizados no sistema de saúde.
B	a)	Multimorbidade, doenças crônicas e paciente descompensado (multimorbity, chronic diseases, descompensated patient): pacientes que possuem algum desses aspectos.
C	b)	Resistência ao tratamento (Resistance to treatment): resistências que surgem dos pacientes em relação ao seu tratamento
D	c)	Vulnerabilidade (Vulnerability): vulnerabilidades existentes nos pacientes.
E	1.2	Identificação de casos (Identification of cases): casos identificados no sistema de saúde.
F	d)	Atenção Centrada no Paciente (Patient-centered attention): abordagem de atuação.
G	e)	Histórico do Paciente (Patient History): conhecimento do histórico físico, psicológico e social do paciente.
H	f)	Busca Ativa (Active Search): uma das formas de se buscar pacientes que estão alocados no sistema de saúde.
I	g)	Protocolos ou Manuais (Protocols or manuals): protocolos ou manuais utilizados.
J	2.1	Avaliação holística das necessidades (Holistic needs assessment): avaliação em sua totalidade das necessidades dos pacientes.
K	h)	Abordagem holística: abordar o paciente de maneira integral.
L	2.2	Avaliação das necessidades de pacientes novos e existentes (Assessment of needs of new and existing patients): avaliar as necessidade de pacientes de estão iniciando o tratamento no sistema e dos que já iniciaram.
M	i)	Anamnese: tipo de entrevista feita pelo médico ao paciente, onde o mesmo é submetido a diversas perguntas que auxiliarão o médico a descrever no documento o diagnóstico.
N	2.3	The importance of trusted relationship between a patient and doctor: importância da relação de confiança entre paciente e médico para o tratamento.
O	2.4	Desenvolvimento de planos de cuidado (Developement of care plans): desenvolvimento de planos de cuidados para o paciente de acordo com o que está sendo observado nas consultas, visitas, etc.
P	j)	Tratamento na Unidade ou Encaminhamento: quando há possibilidades o tratamento do paciente é realizado na unidade, quando não, é encaminhado à outros serviços dentro da rede.
Q	k)	Biopsicossocial: atendimento visando aspectos biológicos, psicológicos e sociais.
R	l)	Orientações: orientações da equipe do sistema de saúde aos pacientes.
S	3.1	Consultas (Consultations): consultas médicas.
T	m)	Controle e rastreio: como são realizados controle e rastreio de doenças nos pacientes.
U	n)	Acompanhamento de pacientes: como são realizados os acompanhamentos dos pacientes
V	3.2	HIS: quais sistemas de saúde informatizados são utilizados.
X	3.3	Visitas Domiciliares (Home visits): realização de visitas domiciliares.
Z	3.4	Ajuste os planos de assistência, se necessário: ajustes nos planos de assistência dos pacientes.

Desenvolvimento da estrutura analítica (framework)

Temas	Categorias Construídas à partir da leitura das entrevistas						
Identificação e pré-seleção de indivíduos-alvo	Sistema de Triagem						
Avaliação das necessidades e seleção de indivíduos-alvo	Consulta médica	Uso dos Protocolos ou Manuais de Avaliação	Entrevista Médica longa	Entrevista Médica Curta	Uso dos Prontuários	Uso da Relação Terapêutica	Discussão dos Casos com Equipe
Desenvolvimento dos planos de cuidado	Planejamento	Cuidado “menos intensivo”	Cuidado “intensivo”	Vulnerabilidade social			
Coordenação de Cuidado /Monitoramento	Orientações	Visitas Domiciliares de Monitoramento	Medidas de Parâmetros Biológicos	Sistema da Farmácia			
Ajustes no cuidado	Identificação de quem precisa de ajuste	Facilitadores	Encaminhamento				
Abordagens	Centrada na Pessoa	Biopsicossocial	Busca Ativa				
Integração do Cuidado	Comunicação entre profissionai	Apoio Multidisciplinar					

Apêndice 3: Exemplos de codificação das entrevistas com profissionais com o framework.

E: Isso, tem hipertensão, ou outras dessas que eu falei. Falei várias, né: diabetes, hipertensão, artrite, artrose, problema cardíaco. Você, pessoalmente, o seu envolvimento no atendimento dessas pessoas que tem duas ou mais doenças crônicas, tem alguma diferença em comparação com o envolvimento com pessoas que tem só uma doença?

ACS8: Não, trata igual, só que o hipertenso e diabético leva mais em conta.

E: Como assim?

ACS8: Porque o hipertenso, ele pode ter problemas futuros, um AVC se ele não cuidar, diabético pode pe
um membro, né, amputação se ele não cuidar; já o que tem uma só das patologias, a gente cuida também,
não do mesmo jeito {que os outros}.

**E: {E aí}, o que é diferente? Você falou que tem que ter um cuidado maior com quem tem {porqu
uma morbidade maior}.**

Comentários

User março 09, 2020
Tema: Desenvolvimento de Planos de Cuidado
Categoria: Cuidado "mais intensivo"
Descrição: Agente comunitário de saúde respondendo que os pacientes com diabetes e hipertensão são tratados com prioridade.

AE2: Já. Muitas vezes os pacientes chegam aqui cheios de dúvidas e eles não conseguem explicar exatamente o que eles querem saber e qual que é a dificuldade deles. Eles às vezes rodeiam muito e não sabem o que explicar exatamente, então a gente tem que tirar um tempo, sentar com esse paciente pra tentar entender o que exatamente ele tá precisando.

**E: Alguns profissionais de saúde acham que idosos, pessoas com pouco estudo, tem mais dificuld
para se comunicar. Outros profissionais de saúde não acham. O que que você pensa sobre isso?**

AE2: Eu não acho que os pacientes que tem pouco estudo e os idosos têm mais dificuldade que os out
Eles, às vezes, conseguem se expressar de uma forma mais simples e mais efetiva do que o paciente que
nível superior. Depende muito da patologia do paciente porque muitas vezes eles escondem parte do que
sentem pra gente não ficar no pé deles. Pra gente não chegar e falar assim, olha você fez errado. Então e
são mais fáceis de entender.

Comentários

User março 05, 2020
Tema: Desenvolvimento de planos de cuidado
C: Vulnerabilidade Social
Descrição: Auxiliar de enfermagem comenta sobre a dificuldade de entendimento que alguns pacientes tem.

M10: Ah, eu acho que isso aí é uma questão de:::e é empatia, quando a pessoa tá aberta a receber, quando às vezes pergunta, porque às vezes ninguém vai te contar uma coisa se você não pergunta,

Página 3 de 32

Comentários

User março 10, 2020
Tema: Avaliação das necessidades
C: Uso da Relação Terapêutica
Descrição: Médico comenta sobre a importância de construir e se criar um vínculo com o paciente para o seu tratamento.

né? Se não for uma pessoa muito, que tá em sofrimento muito grande, às vezes aquilo ali fica meio escondido diante de outros problemas, talvez mais importante pra ela, não sei, mas se você pergunta a demanda vem. E eu acho que devido a um pouco de empatia, sabe? Eu tento ser uma pessoa bem aberta pra conversar com o paciente e eu acho que eles se abrem, acho, né? {Uhum} não sei assim, é uma visão que eu tenho, que eles se abrem fácil comigo, a maioria deles. Mas acho que é uma questão de vínculo mesmo. Muitas vezes, primeira consulta, talvez não se sintam tão à vontade e aí eles vão me conhecendo, vendo como é que é que mais ou menos funciona, tudo e daí eles vão se sentindo mais à vontade {Uhum} pra falar.

E5: Na verdade seria assim, vaga de consulta agendada que a gente deixou separado, assim, na agenda pra esses casos. Uai eu vim, nossa eu tô com dor de garganta e vim cedo. Às vezes eu tenho uma vaga pra esse tipo, às dez e meia da manhã, então o paciente pode ir para casa e pode vir às dez e meia. {Ah, entendi}
isso é um teste que a gente vai começar semana que vem, não sei se vai:::i, {Entendi} se vai dar certo. {Cl
Mas eu acho que pode funcionar. As nossas vagas de agenda, fora visita domiciliar e fora criança, que a g
deixa vaga e gestante também, que a gente deixa vaga específica pra isso, aí a gente não marca outras co
A não ser que assim, tem uma vaga de visita amanhã e ninguém marcou visita domiciliar, aí gente lib
senão, as vagas tão mais oou menos, hoje, pro meio de Outubro. {Ah tá, entendi} De vagas abertas assim,
população em geral.

Comentários

Natalia março 06, 2020
Tema: Ajustes no Cuidado
Categoria: Facilitadores
Descrição: Enfermeira conta sobre como pode facilitar o atendimento de um paciente que chega a unidade precisando de um cuidado.

Apêndice 4: Exemplos de codificação das entrevistas com pacientes com o framework.

E: Nesse dia a doutora já marcou o retorno?

PA8: Não. Não marca. Não marca. Você vem é, com as- igual, meu marido tem convênio da usina aí eu fiz os exames particular, aí você vem e tenta vaga. Quando você faz o exame pelo posto aí você faz o exame e marca a consulta mas é pra dois, três meses.

E: Ah, a dificuldade encontrada, então, é pra agendamento?

PA8: É pra agendamento e tanto pra médico também, né, porque é igual aqui só tem dois médicos. Que clínico geral, um pediatra e um ginecologista. Essa ginecologista tá atendendo trinta e sete pacientes por quinta-feira. Então tanto o desgaste pro profissional quanto pros pacientes. Fica- e- pra eles também trabalham aqui dentro é um desgaste muito grande, né? Porque é mu::ita gente!

E: Esse dia que você veio consultar na segunda-feira, ela teve tempo de te ouvir? A consulta é u consulta longa? Ela aconselha, ela te ouve? Você conta pra ela os seus problemas? Como foi consulta?

Comentários

Naty Chiapini Danellucci maio 28, 2021
Tema: Avaliação das necessidades
C: Consulta Médica
Descrição: Paciente diz que para conseguir um agendamento com a médica do posto demora de dois a três meses.

Responder Resolver

médico atender as sete horas até as oito e meia [8h30] para saber se vai ter vaga. E, é complicado.

E: Então, pra tratar hipertensão você trata aqui. A doutora Tatiana te indicou também as atividades, conta pra nós como são as atividades, os dias, horários, o que é feito.

PA8: É a caminhada, uma caminhada em grupo, né, que vem todo mundo aqui no posto e a gente sai, vai pra uma quadra dentro do colégio mesmo. E é todos os dias. Na sexta feira aí vem todo mundo em jejum aí faz é::: a medição de glicemia, o peso e mede pressão. Aí nós vamos tudo pra uma sala tomar um café e na s feira faz aeróbica. Aí junta o grupo, aí nós vai [vamos] dançar *(risada descontraída).*

E: Quem acompanha vocês?

PA8: São as meninas, as agentes comunitárias, né? Ah::: a enfermeira chefe quando ela tem um tempi também acompanha e é uma coisa assim, é uma coisa que eu não conseguia fazer uma caminhada e de que eu entrei no grupo, já deu uma boa mudança porque você não se sente ali sozinha.

E: Então o grupo pra você tá tendo um significado? Uma ajuda grande?

PA8: Tem muito significado, é uma ajuda muito, muito grande.

Comentários

Naty Chiapini Danellucci maio 28, 2021
Tema: Integração do cuidado/Monitoramento
C: Apoio Multi/Medidas de parâmetros biológicos
Descrição: Paciente conta que faz grupo de caminhada, e nesse dia faz também as medidas de seu parâmetros biológicos, toma café da manhã.

Responder Resolver

PA13: Exatamente.

E: Você pode me contar um pouco mais sobre isso? Já vamos aproveitar então.

PA13: Eu (..) há um ano e meio, há exatamente um ano e meio atrás, eu saí de um relacionamento e foi aonde que, como eu te falei que fazia dois anos que eu comecei a ver que eu tinha hipertensão na parte de pressão alta, que a família do meu pai toda tem, e o meu irmão também tem, já toma medicamento, eu entrei numa parte difícil que eu tive uma separação no final do relacionamento e teve uma redução de pessoas na empresa que eu trabalho também, e me sobrecarregou de serviço; e entrou essa parte psicológica da separação minha, aonde afetou um pouco a minha pressão, que começou a alterar um pouco. Que é aonde o profissional da área, do postinho que pertence ao meu bairro, junto com a enfermeira que me ajudou muito lá também, que é onde eu comecei a passar pelo cardiologista e pela psicóloga.

E: No posto também?

PA13: A psicóloga no posto também.

E: Entendi.

Comentários

Natalia Chiapini dezembro 10, 2020
Tema: Integração do Cuidado: Apoio Multidisciplinar. Ajustes no cuidado: facilitadores e encaminhamento.
Descrição: paciente relata de um momento de dificuldade que vivenciou e que a enfermeira do posto o auxiliou a agendar com a psicóloga e com cardiologista.
Atores: Enfermeira, Psico (multidisciplinar), cardio (encaminhamento)

Responder Resolver

PA13: No momento, esses três.

E: Ok, tá bom. Que tipo de ajuda, que tipo de tratamento, que tipo de cuidado, Vinicius, que você recebeu até hoje pra pressão alta?

PA13: É:::: o médico me orientou muito, me orientou com medicamento no começo e:::: alimentação.

E: Ah, ok.

PA13: Foi os fatores principais aí.

E: Ok. Então, foi a medicação e a orientação pra alimentação?

PA13: Pra alimentação.

Comentários

Natalia Chiapini dezembro 10, 2020
Tema: Monitoramento
Categoria: orientações.
Descrição: Afirma que médico o orientou em relação aos medicamentos e alimentação.
Ator: Médico

Responder Resolver