

**O MODELO DE ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO ÂMBITO DA  
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS**

Angélica Fátima Bonatti<sup>2</sup>  
Frhancielly Shirley Souza Sodré<sup>2</sup>  
Mariana Roberta Souza Barbosa<sup>2</sup>  
Júlia Salomé De Souza<sup>2</sup>

O modelo de atenção as condições crônicas - MACC foi desenvolvido para o SUS a partir dos modelos denominados *chronic care model* e da pirâmide de risco, agregando o modelo da determinação social da saúde - DSS de Dahlgren e Whitehead. O primeiro modelo seminal foi desenvolvido nos Estados Unidos e propôs mudanças complexas para problemas complexos como é o caso das doenças crônicas, as mudanças ocorreram em seis elementos dos sistemas de atenção: a organização da atenção à saúde, o sistema de informação clínica, o desenho do sistema de prestação de serviços, o autocuidado apoiado e as relações com a comunidade <sup>1</sup>. Já o modelo da pirâmide criou bases operacionais para a estratificação dos riscos das pessoas portadoras de condições crônicas <sup>1,2</sup>.

No SUS, o modelo passou a incorporar diferentes padrões de determinação social da saúde, operando em cinco níveis. O primeiro nível da promoção da saúde, com atuação intersetorial sobre os determinantes intermediários (emprego, renda, educação, habitação, ambiente, segurança, violência e ocupação) com a população total; o segundo nível da prevenção das condições crônicas de saúde, com atuação sobre os determinantes proximais (tabagismo, peso, dieta, atividade física, uso de drogas e risco reprodutivo/sexual) com subpopulações com fatores de risco ligados a comportamentos e estilos de vida; os terceiro e quarto níveis, com atuação sobre as condições crônicas estratificadas por riscos e manejadas por tecnologias de gestão das condições de saúde, com intervenções sobre determinantes individuais e sobre condições crônicas de saúde estabelecidas (idade, gênero, resposta imunológica, lesões pré-clínicas, pressão arterial, colesterol, nível glicêmico) com subpopulação com condições crônicas simples ou com fatores de risco biopsicológicos ou com condições crônicas complexas; e o quinto nível, com atuação sobre pessoas com condições crônicas de alta complexidade, por meio da tecnologia de gestão de caso <sup>1,2,3</sup>.

A organização dos serviços de saúde em redes de atenção contribui para a implementação do MACC no âmbito do SUS. Uma das redes temáticas, a Rede de Atenção às Pessoas com Condições Crônicas – RASPC, foi implantada com a portaria nº 483/2014, sendo consolidada na portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017. Ela descreve suas diretrizes para organização de suas linhas de cuidado em especial voltadas para as doenças renal e cardiovasculares, diabetes, sobrepeso e obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer de mama e colo uterino. Estrutura-se em seis componentes de atenção, sendo atenção básica; atenção especializada, que se divide em: ambulatorial especializada, hospitalar e urgência e emergência; sistema de apoio e sistema logístico; regulação e governança <sup>2</sup>.

A RASPCD Apresenta como objetivos promover o acesso dos usuários aos serviços de saúde, recursos diagnósticos e terapêuticos e hábitos de vida saudáveis; fortalecer o conhecimento do usuário; ampliar ações para enfrentamento dos fatores de risco; aprimorar a qualidade da atenção à saúde e impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas. O processo de trabalho organiza-se entre acolhimento ao usuário, atenção centrada na pessoa e na família, cuidado continuado, atenção multiprofissional, elaboração de projeto terapêutico singular nos casos de vulnerabilidade, regulação de acesso aos serviços, apoio matricial, acompanhamento não presencial, atendimento coletivo, estratégias de autocuidado apoiado, linhas de cuidado definidas e diretrizes terapêuticas, estratificação de risco e educação permanente <sup>1,3</sup>.

De todo o processo de trabalho destinado ao manejo da pessoa com condição crônica no SUS, podemos dizer que as linhas de cuidado são desafios urgentes e não estão adequadamente implantadas por inúmeros fatores, podemos elencar alguns como reflexão/hipóteses: gargalos de acesso impedem que usuários realizem rastreamento e tratamento, faltam profissionais para a atuação em equipes multiprofissionais, linhas de cuidado são operadas em total ou parcial segregação entre níveis de cuidado, a maioria dos usuários com doenças crônicas não estão sendo acompanhados e cadastrados, a lentidão do processo de informatização da atenção primária no Brasil e a baixa adesão ao tratamento por parte dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis - DCNT <sup>4</sup>.

Em suma, o cuidado crônico tem componentes no suporte ao autogerenciamento/autocuidado apoiado (aconselhamento, educação e informação); ao sistema de saúde (equipes multidisciplinares, proativo e contínuo); à decisão (linhas de cuidado, medicina baseada em evidências) e ao sistema de informação clínico (estrutura operacional da rede, prontuário). O ponto central desse modelo é a produção de informação entre os serviços de saúde, a avaliação e estratificação das pessoas e subpopulações com ações de promoção, prevenção, gestão da clínica e gestão do caso, o que inclui intervir sobre os fatores de riscos e determinantes sociais de saúde, estimular o autogerenciamento, a otimização das terapias e o seguimento.

A ênfase na atenção básica como locus de produção desse cuidado na RASPCD, nos convida a refletir sobre o atual processo de trabalho e a necessidade de valorizarmos a longitudinalidade, a experiência da condição crônica e a adesão e vínculo de todos envolvidos diretamente nesse processo, indivíduo, família, comunidade, profissional e equipe de saúde.

### Referências Bibliográficas:

1. Ministério da Saúde (BR). 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.
2. Mendes, EV. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 431–436, fev. 2018.
3. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.