



DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA PERSPECTIVA DE GESTORES NO ESTADO DO PARANÁ

Laís Carolini Theis*
Camila Michelle Westphal**
Simone Tetu Moysés***

RESUMO

Objetivo: descrever os enfrentamentos vivenciados pelos profissionais gestores no processo de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no estado do Paraná/Brasil. **Método:** trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com sete gestores de diferentes instituições públicas que participaram do processo de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho do entrevistado, gravadas, transcritas e validadas pelos participantes. A coleta de dados ocorreu em agosto de 2018. A análise de dados foi conduzida por meio de análise de conteúdo. **Resultados:** a análise evidenciou as seguintes categorias de análise: a relevância da capitania dos gestores municipais e estaduais no processo de implantação do modelo; educação permanente como estratégia para a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas; e a atenção hospitalar como limitação para as redes de atenção. **Considerações finais:** a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas demanda apoio financeiro e político dos gestores municipais e estaduais, e exige uma equipe multidisciplinar capacitada e motivada para envolver-se no processo de mudança. A região de saúde não conseguiu expandir o Modelo de Atenção às Condições Crônicas no âmbito hospitalar.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Doença Crônica. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela morte anual de 41 milhões de indivíduos, correspondendo a 71% de todas as mortes mundiais⁽¹⁾, representando uma grande ameaça à saúde e desenvolvimento mundial. No Brasil, cerca de 72% das mortes estão relacionadas às DCNT, e são evidenciadas de forma mais intensa naqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos, os de baixa escolaridade e renda⁽²⁾. No estado do Paraná, as doenças crônicas correspondem a 80% da carga de doenças⁽³⁾.

Além do elevado número de mortes prematuras, as DCNT acarretam a perda de qualidade de vida, devido ao alto grau de limitação e incapacidade para as atividades da vida diária, e impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade em geral⁽¹⁾. Apesar disso, o modelo de atenção em saúde vigente no país atua predominantemente de maneira episódica, reativa e fragmentada, voltado para as condições agudas e agudizações

de doenças crônicas⁽⁴⁾. Centrado em um modelo curativo, medicocêntrico e hospitalocêntrico⁽⁵⁾, sua resposta ao cuidado de doenças crônicas é limitado e ineficiente. Mesmo as diretrizes de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, propostas em 2010⁽⁶⁾, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado, têm demonstrado limitado impacto no cuidado às doenças crônicas.

Devido à magnitude e necessidade de atenção às pessoas com doenças crônicas, o Ministério da Saúde criou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT⁽⁷⁾. O Plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter as DCNT até 2022, por meio da promoção, desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências⁽⁷⁾. Além da prevenção e controle de seus fatores de risco, uma proposta para enfrentamento desses problemas seria a implantação de um modelo de atenção que atue de maneira contínua e proativa⁽⁴⁾.

Desse modo, propõe-se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado ao

*Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). Curitiba, PR, Brasil. E-mail: laistheis@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6346-8661>

**Fisioterapeuta. Especializanda em Neurofuncional pela Universidade Vale do Rio Verde (UninCor). Blumenau, SC, Brasil. E-mail: camilamichellew@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9390-6391>

***Dentista. Doutora Epidemiologia. Professora no Programa de Pós Graduação em Odontologia da PUC/PR. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: simone.moyses3@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4861-9980>

contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁴⁾ e baseado no Modelo de Atenção Crônica, originalmente conhecido como Chronic Care Model (CCM), desenvolvido pelo MacColl Center for Health Care Innovation, nos Estados Unidos, com seis dimensões, incluindo um modelo pautado na comunidade; na organização da atenção à saúde; no autocuidado apoiado; no suporte a decisões apoiado em evidências; no sistema de informações clínicas; e no desenho da prestação de serviços⁽⁸⁾.

O MACC é um modelo composto por cinco níveis, sendo: no nível 1, as intervenções de promoção da saúde; no nível 2, as intervenções de prevenção das condições de saúde; no nível 3, a gestão das condições crônicas simples; no nível 4, a gestão das condições crônicas complexas; e no nível 5, a gestão das condições crônicas muito complexas⁽⁴⁾.

Nesse cenário, o Estado do Paraná, vivenciando a carga de doenças crônicas, optou, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, com apoio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), implantar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas na 15ª Região de Saúde no ano de 2014⁽³⁾. Desse modo, considerase importante compreender o processo de implantação desse modelo contra hegemônico, sendo o objetivo do estudo descrever os enfrentamentos vivenciados pelos profissionais gestores durante o processo de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no estado do Paraná/Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma região de saúde do Noroeste no estado do Paraná, Brasil. Teve como participantes pessoas-chave, em cargos de gestão, envolvidas no processo de implantação do MACC na região.

Contextualizando o cenário de estudo, a implantação do MACC foi uma proposta da Secretaria do Estado da Saúde do Paraná (SESA Paraná), e envolveu participação da regional de saúde, gestores municipais da atenção primária em saúde (APS) e gestores da atenção ambulatorial especializada (AAE). Contou com o apoio de tutoria e consultoria do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS).

Os critérios de inclusão para pesquisa foram: ser gestor de algum dos órgãos envolvidos no processo de implantação do modelo e ter pelo menos quatro anos de atuação no cargo (período em que foi implantado o modelo). O critério de exclusão foi não ter participado do processo de implantação do modelo e estar em período de licença ou afastamento laboral. A amostra do estudo foi intencional, composta por sete participantes, sendo um gestor municipal da APS, um gestor da AAE, um gestor da APS da regional, um gestor das redes de atenção da regional e um gestor da divisão de atenção à saúde, um gestor da SESA, e um gestor do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras, uma doutoranda e a orientadora, ambas responsáveis pela condução da pesquisa e com experiência prévia em entrevistas para pesquisa. As entrevistas ocorreram em agosto de 2018 e foram realizadas de forma individual no ambiente de trabalho do entrevistado, com roteiro semiestruturado, agendadas previamente por telefone e/ou correio eletrônico. Entrevistas-piloto foram conduzidas para treinamento da abordagem com os participantes do estudo. O roteiro de perguntas incluiu a participação do gestor no processo de implantação do modelo, a estruturação das Redes de Atenção à Saúde na região, estratégias para educação permanente e capacitação dos membros da equipe liderados pelos gestores, e as mudanças físicas e estruturais realizadas no processo de implantação do MACC.

Antes de iniciar a entrevista, as pesquisadoras se apresentaram, reiteraram os objetivos do estudo, informaram aos participantes sobre questões éticas, e esses assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante as entrevistas, as pesquisadoras registraram notas com as suas percepções. As mesmas foram gravadas, com recursos de áudio, e tiveram duração média de noventa minutos. As gravações foram transcritas e enviadas por correio eletrônico para que os entrevistados pudessem fazer a leitura e validação das informações. Não houve mudanças propostas pelos entrevistados.

Após a confirmação do conteúdo transcrito pelos entrevistados, procedeu-se a análise de dados, realizada por três pesquisadoras

independentes, com posterior discussão e alinhamento dos dados por meio da técnica de análise de conteúdo⁽⁹⁾, seguindo as seguintes etapas: a) pré-análise: foi realizada a organização e leitura cuidadosa de todo o material; b) exploração do material; nesta etapa buscou-se a aproximação entre as falas, análise da temática e divisão do texto por aproximação e similaridade em temas principais; e c) tratamento dos resultados: inferência e interpretação; as categorias, que foram utilizadas como unidades de análise, foram analisadas à luz da literatura atual.

Após a análise dos dados, surgiram as seguintes categorias: a relevância da capitania dos gestores municipais e estaduais no processo de implantação do modelo; educação permanente como estratégia para implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas; e a atenção hospitalar como limitação para as redes de atenção.

Os participantes foram identificados pela letra “E”, que se refere a entrevistado, seguida do número arábico correspondente à sequência das entrevistas, para preservar a identidade dos participantes. O estudo encontra-se em consonância com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução n. 466/2012⁽¹⁰⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob parecer nº 2.424.071 / 2017 e suas respectivas instituições coparticipantes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As categorias a seguir foram elaboradas para a compreensão da experiência vivida durante processo de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

A relevância da capitania dos gestores municipais e estaduais no processo de implantação do modelo

Os profissionais mencionaram que a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas foi uma proposta do governo estadual do Paraná, por meio da Secretaria do Estado da Saúde. A proposta incluía a implantação do modelo na regional de saúde, inicialmente na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada, com

posterior expansão à atenção hospitalar.

Os gestores estaduais propuseram a implantação do modelo para as condições de hipertensão arterial e diabetes mellitus; gestantes e crianças até 01ano de idade (Rede Mãe Paranaense); posteriormente, a Rede de Atenção à Saúde do Idoso.

Alguns recortes de falas dos entrevistados elucidam a importância de os gestores municipais e estaduais defenderem a proposta de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas e dar suporte para que os profissionais possam implantá-lo.

[...] o envolvimento dos prefeitos, que tem que ser linha de frente [...], a secretaria de estado ela tem que ter o protagonismo mesmo, tem que ter a liderança do secretário. (E2)

[...] Em 2014, houve a proposta pela SESA (Secretaria do Estado da Saúde) da Regional de Saúde ser piloto para implantação do MACC. (E3)

[...] o processo de implantação do MACC aconteceu de forma gradual e começou a ser idealizado após as oficinas de gerenciamento dos Consórcios de Saúde, promovidas pela SESA no ano de 2014. (E7)

[...] o processo de estruturação do MACC no município se consolidou a partir de uma visita dos técnicos da SESA, dos consultores da SESA, em outubro de 2014. (E6)

[...] algumas questões que foram consideradas para a escolha dos municípios foram: [...] o município ter um gestor acessível, com boa liderança e aberto às mudanças. (E4)

Evidencia-se a importância da liderança dos gestores estaduais e municipais no processo de implantação de um novo modelo de atenção, contribuindo de forma decisiva e sendo um dos fatores motivadores para impulsionar a mudança.

No Brasil, uma experiência similar de implantação do MACC foi realizada por meio do Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas (LIACC) em Santo Antônio do Monte/MG, tendo a integração da prestação de cuidados crônicos como uma das principais estratégias para minimizar a carga dessas doenças⁽¹¹⁾. Um estudo, que avaliou a implantação em Santo Antônio do Monte, concluiu que o desenvolvimento de redes de atenção e implantação do MACC requerem um

plano robusto e consistente e agentes de mudança que apoiem o processo⁽¹²⁾.

Na condição de gestor ou equipe gestora em saúde, um dos principais desafios é desenvolver planejamento que favoreça melhorias à saúde da população do território, conciliando a adesão das equipes, e alcançar resultados, assegurando o fortalecimento do SUS. No planejamento normativo tradicional, a hipótese norteadora é que o gestor e a equipe gestora projetem e assentem, e o restante dos envolvidos no sistema de saúde desempenhem. Desse modo, a forma de planejar e executar ações tem se mostrado ineficaz⁽¹³⁾.

No contexto do SUS, considera-se que o gestor evidenciará maior efetividade se conseguir incitar e abranger todos os indivíduos incorporados na rede de produção do cuidado em saúde. Gerenciar o SUS também necessita da arte de trabalhar coletivamente, mesmo com obstáculos e conflitos. Assim, são condutas primordiais a identificação de conflitos e discordâncias, seu gerenciamento e a edificação de entendimentos que permitam progressos na gestão⁽¹⁴⁾. Envolvendo dimensões éticas, políticas, estratégicas, técnicas e administrativas, a gestão em saúde exige, portanto, a intermediação de interesses distintos (gestores, profissionais e população), das interações de poder e de margens de autonomia, desencadeadas a partir de decisões e consubstanciadas em combinações tecnológicas, métodos, técnicas, instrumentos e atividades intermediárias nos sistemas institucionalizados de ação⁽¹⁵⁾.

O princípio central da gestão em saúde é a tomada de decisões, que desencadeiam o processo de intermediação e implementação das políticas. Os gestores dos serviços de saúde passam a maior parte de seu tempo analisando situações e tomando decisões. O processo de tomada de decisões envolve aspectos como motivações, interesses, racionalidades, intuição, conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento). Enfim, características do perfil dos gestores e não somente de sistemas ou serviços em si⁽¹⁶⁾.

Portanto, adotar um modelo de tomada de decisão, diminui a chance de escolher soluções

tendenciosas e ineficazes. Assim, tomar a decisão de assumir o desafio de implantar um novo modelo de atenção em saúde em um território exige compreender os fatores envolvidos no processo decisório. Esses auxiliam no desenvolvimento das atividades relacionadas ao planejamento, comunicação, administração de conflitos, negociação, liderança que são inerentes à dimensão gerencial, bem como os princípios da Administração que sustentam e direcionam a prática gerencial⁽¹⁵⁾.

No contexto de reorganização dos serviços de saúde, emerge a necessidade de gestores com habilidades de liderança. A liderança provoca impacto direto na promoção de melhorias contínuas nos serviços. Para desenvolvê-la, faz-se necessário aliar as características pessoais ao desenvolvimento de habilidades referentes à dimensão organizacional, especialmente no que diz respeito à comunicação e à interação humana, favorecendo a relação de confiança entre todos os profissionais que participam da equipe multidisciplinar de saúde, compartilhando valores, crenças e culturas organizacionais. Nessa perspectiva, a efetiva liderança nos serviços de saúde poderá contribuir para a reorganização da atenção e do trabalho em saúde, permitindo criar um ambiente com foco na melhoria do atendimento ao usuário do sistema e um clima motivador aos profissionais de saúde⁽¹⁷⁾.

Educação permanente como estratégia para a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas

A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas demanda mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde, bem como nos fluxos de atendimento e organização da rede de atenção. Com relação às mudanças no processo de trabalho dos profissionais, identificou-se, por meio das falas dos participantes, que a educação permanente foi uma das ferramentas utilizadas para ampliar o entendimento dos profissionais envolvidos.

Foi realmente uma mudança muito grande, pois saímos de um modelo biomédico para um atendimento multiprofissional. Lembro-me da dificuldade de convencer o primeiro médico especialista a trabalhar nesse formato. As barreiras foram muitas, desde a construção de um

novo perfil dos próprios profissionais em atenderem de uma maneira diferenciada e a trabalharem de forma interdisciplinar, rompendo barreiras de hierarquia entre os profissionais médicos e não médicos, até as mudanças mais técnicas [...]. (E7)

[...] a gente começou a estudar o material das linhas-guias que o estado estava propondo, até para rever o que que nós tínhamos que fazer diferente para a população. (E6)

[...] elas (enfermeiras da AAE) começaram a chamar os municípios para fazer capacitação. Antes de mais municípios entrarem aqui (modelo), elas chamam os municípios, reúnem, fazem capacitação, conversam, né? (E1)

[...] também ocorreram momentos de capacitação para os profissionais dos municípios sobre as linhas-guias, instrumentos de estratificação e implantação dos fluxos. (E3)

A estratégia de educação permanente subsidiou a instrumentalização dos profissionais envolvidos no processo para compreensão do novo modelo, bem como das suas atribuições frente às novas ações em saúde. Buscava-se maior efetividade das Linhas de Cuidado, a integração das distintas equipes, procedimentos de educação permanente para aprimorar a qualificação dos profissionais e reforçar coordenação, atribuições e resultados acordados entre os envolvidos⁽¹⁸⁾.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se configura como uma proposta de aprendizagem no trabalho, de modo que “aprender” e “ensinar” se incorporam ao cotidiano das organizações. A EPS está pautada em uma metodologia de aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, por meio de temas disparadores para reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço. A EPS tem como eixo o trabalho em equipe e a autonomia dos profissionais de serem corresponsáveis pela construção de objetos de aprendizagem individual, coletiva e institucional⁽¹⁹⁾.

A Educação Permanente em Saúde, concomitante à busca de incrementos das práticas rotineiras, embasada em recursos teóricos, científicos, tecnológicos e metodológicos existentes, incorpora-se em necessárias construções de vínculos e processos

dos agentes abrangidos, implicando nas práticas organizacionais, no setor da saúde ou instituição e nas políticas nas quais se inserem as práticas de saúde⁽²⁰⁾.

Desse modo, a Educação Permanente contribui não somente para a melhoria da formação dos profissionais de saúde, mas também para o fortalecimento do SUS, pois ela possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal dos profissionais de Saúde e o desenvolvimento das instituições. Outro aspecto importante da EPS é a vinculação entre as ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social⁽²¹⁾.

A proposta de mudança do modelo de atenção à saúde não pode ser construída isoladamente e nem de forma vertical, de cima para baixo, ou seja, ser decidida pelos níveis centrais sem levar em conta as realidades locais. Os profissionais de saúde devem fazer parte da estratégia de implantação, estarem articulados entre si, com as ações sendo criadas a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos. Dessa forma, os próprios profissionais podem se questionar sobre sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única⁽²²⁾.

A estratégia de EPS é uma prática contra-hegemônica quando adota a proposta de produzir conhecimento a partir da democratização do saber. Por isso, também é considerada uma ferramenta importante para a gestão de coletivos, pois apresenta um conceito e um fazer que se diferenciam dos processos de Educação Continuada⁽²⁰⁾.

Estudo que relata a experiência da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal, DF, destacou a educação permanente como um dos pontos fortes do processo de planificação e afirma que ampliou o campo de atuação dos profissionais e qualificou ações de ambos os níveis de atenção, bem como consolidou a atenção compartilhada com possibilidade do ajustamento mútuo e apoio técnico entre as equipes da APS e AAE⁽²²⁾.

A atenção hospitalar como limitação para as redes de atenção

Como principal enfrentamento para a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, pautado em redes de atenção, os profissionais entrevistados destacaram a limitação em expandir o modelo para a atenção hospitalar.

[...] tem atenção primária, tem atenção secundária e eles querem fechar a rede com a atenção hospitalar [...], mas isso daqui, só estamos falando aqui, porque na verdade eles não... eu não sei se já está oficializado. (E1)

[...] no hospitalar, por enquanto, nós temos ali só a rede mãe paranaense, que nós entramos; fora isso, nós não entramos. (E5)

[...] os hospitais das regiões têm alguns que tem recebido muito recurso do governo do Estado, mas a oferta, a gestão desses serviços ainda é fragmentada. Não consegue garantir continuidade [...]. (E6)

O principal enfrentamento evidenciado no estudo, na percepção dos gestores, é a limitação de expansão do modelo para a atenção hospitalar, o que restringe os cuidados em redes de atenção resolutivas em todos os níveis.

As falas dos gestores parecem evidenciar a não compreensão clara do papel do hospital como elemento constituinte das redes de atenção, bem como de sua função e adequação do modelo de atenção e gestão hospitalar hegemônico na RAS. Um estudo de revisão sistemática concluiu que alguns fatores inerentes ao sistema de saúde definem e limitam a forma como os hospitais atuam nas RAS. Dentre eles, a inadequada distribuição desses serviços e de seus níveis de escala nos territórios; um número considerável de hospitais de pequeno porte que, por não possuir papel definido, não atendem plenamente às demandas da população; as fragilidades da organização dos serviços em rede, consequência de pouca comunicação entre os pontos da rede; e ainda, a hegemonia do modelo biomédico⁽²³⁾.

No ano de 2010, como resultado do acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS. No objeto, conceitua-

se as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”⁽⁶⁾.

Dessa definição, emergem os componentes básicos das RAS, envolvendo ter objetivos comuns; operar de forma cooperativa e interdependente; intercambiar constantemente seus recursos; não haver hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizar-se de forma poliárquica; oferecer atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; caracterizar a APS como ordenadora do cuidado; prestar atenção oportuna, em tempos e lugares certos, ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focar-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde⁽²⁴⁾. Assim, as RAS podem apresentar maior efetividade na produção da saúde, cooperando para o avanço do processo de efetividade do SUS e aprimoramento na eficiência de gestão do sistema de saúde no espaço regional. Os pontos de atenção denotam o processo de trabalho em rede, no qual todos são equitativamente importantes para compor o cuidado resolutivo, assegurando uma concepção de complexidade apropriada e específica para os diferentes tipos de serviços⁽²⁴⁾.

Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508, que dispôs sobre o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e define a instituição de regiões de saúde, com gestão compartilhada no âmbito das redes de atenção, que vise a estratégias para a melhoria da assistência. O Decreto também define que as mesmas devem ser constituídas minimamente por serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde⁽²⁵⁾. Compreendendo as RAS como um arranjo organizacional, entende-se que a limitação em expandir o Modelo de Atenção às Condições Crônicas para atenção hospitalar ocasiona a perda de seguimento e continuidade da assistência prestada à pessoa com condição crônica.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída por meio da Portaria 3.390

de 30 de dezembro de 2013, estabelece as diretrizes para a organização hospitalar e define suas funções na Rede de Atenção à Saúde. Essa política resultou da necessidade de reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do SUS, e prevê a acessibilidade hospitalar, o acolhimento ao usuário, apoio matricial, auditoria clínica, classificação de riscos, clínica ampliada, diretrizes e projetos terapêuticos, gerenciamento adequado de leitos à necessidade e prioridade de internação, assim como gerência das unidades hospitalares e a gestão eficiente dos gestores de saúde municipal, estadual e federal⁽²⁶⁾.

Considera-se que a abordagem da complexidade da inserção hospitalar nas RAS dos sistemas regionais permitiria avançar na ruptura de pontos críticos do sistema de saúde, tais como a superlotação dos serviços hospitalares de urgências, os tempos de espera de atenção, a crise de acesso à média complexidade e a descontinuidade do cuidado entre suas dimensões especializada e de atenção primária. A inserção dos hospitais nas RAS também permitiria um planejamento centrado nas necessidades sociais em saúde de caráter presente e prospectivo, projetando as necessidades atuais e futuras na constituição complexa e integrada, considerando resultados assistenciais efetivos para os usuários⁽²⁷⁾.

Assim, para concretizar os conceitos de integralidade dos serviços de saúde na atenção às doenças crônicas, é de suma importância que as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação sejam ofertadas de forma articulada, como o sistema de referência e contrarreferência, essencial para dar continuidade no que propõe a rede de atenção à saúde⁽²⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, que objetivou conhecer, na perspectiva de gestores, os desafios da implantação do MACC no contexto das RAS, permite evidenciar que, para a implantação de um novo modelo de atenção, demanda-se colaboração e incentivo dos gestores locais, de modo que possam ofertar suporte técnico, financeiro e de recursos humanos para subsidiar as atividades a serem desenvolvidas.

Compreende-se ainda a necessidade de educação permanente em saúde e sensibilização dos profissionais envolvidos em todas as etapas do processo, para que possam compreender seu papel e contribuir da melhor forma possível para que o modelo opere conforme a sua proposta. Entende-se que a equipe deve estar alinhada, buscando um objetivo comum.

Observa-se que a atenção hospitalar ainda é um obstáculo a ser superado na implantação das RAS para o cuidado de doenças crônicas, de modo a garantir a continuidade do cuidado e a assistência à saúde nos níveis de maior complexidade.

Este estudo apresenta limitações por tratar-se de uma experiência local, com características peculiares. Entretanto, o estudo contribui para a gestão em saúde quando aponta desafios e possibilidades de avanços na implantação de novos modelos de atenção à saúde. Os resultados evidenciados neste estudo embasam a reflexão dos gestores para o planejamento de ações que possam superar as adversidades e servem de ferramenta para a tomada de decisões futuras.

CHALLENGES IN IMPLEMENTING THE CARE MODEL FOR CHRONIC CONDITIONS FROM THE PERSPECTIVE OF MANAGERS IN THE STATE OF PARANÁ

ABSTRACT

Objective: to describe the confrontations experienced by professional managers in the process of implementing the *Modelo de Atenção às Condições Crônicas* (Care Model for Chronic Conditions) in the state of Paraná/Brazil. **Method:** this is a descriptive study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were carried out with seven managers from different public institutions who participated in the process of implementing the Care Model for Chronic Conditions. The interviews were conducted at the interviewee's workplace, recorded, transcribed, and validated by the participants. Data collection took place in August 2018. Data analysis was performed through content analysis. **Results:** the analysis showed the following categories of analysis: the relevance of the command of municipal and state managers in the process of implementing the model; permanent education as a strategy for the implementation of the Care Model for Chronic Conditions; and hospital care as a limitation for care networks. **Final considerations:** the implementation of the Care Model for Chronic Conditions demands financial and political support from municipal and state managers and requires a trained and encouraged multidisciplinary team to be involved in the change process. The health area was unable to improve the Model of Attention to Chronic Conditions in the hospital environment.

Keywords: Health Management. Chronic Disease. Unified Health System.

DESAFIOS EN LA UTILIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN A LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN LA PERSPECTIVA DE GESTORES EN EL ESTADO DE PARANÁ

RESUMEN

Objetivo: describir los enfrentamientos vividos por los profesionales gestores en el proceso de utilización del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas en el estado de Paraná/Brasil. **Método:** se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas, con siete gestores de diferentes instituciones públicas que participaron del proceso de utilización del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas. Las entrevistas fueron realizadas en el lugar de trabajo del entrevistado, grabadas, transcritas y validadas por los participantes. La recolección de datos ocurrió en agosto de 2018. El análisis de datos fue conducido por medio de análisis de contenido. **Resultados:** el análisis evidenció las siguientes categorías de análisis: la relevancia del comando de los gestores municipales y estatales en el proceso de utilización del modelo; educación permanente como estrategia para la utilización del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas; y la atención hospitalaria como limitación para las redes de atención. **Consideraciones finales:** la utilización del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas demanda apoyo financiero y político de los gestores municipales y estatales, y exige un equipo multidisciplinario capacitado y motivado para involucrarse en el proceso de cambios. La regional de salud no consiguió ampliar el Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas en el ámbito hospitalario.

Palabras clave: Gestión em Salud. Enfermedad Crónica. Sistema Único de Salud.

REFERÊNCIAS

- 1 Hajata C, Steinb E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Preventive Medicine Reports*. 2018; 12: 284-293. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.008>
- 2 Malta DC, Andrade SSC de A, Oliveira TP, Moura L de, Prado RR do, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2019; 22: e190030. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>
- 3 Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Manual para implantação do modelo de atenção às condições crônicas na atenção primária à saúde e no centro de especialidades do Paraná. Curitiba, 2017. [citado 2020 abr 10]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Manual_Implantacao_do_MACC.pdf.
- 4 Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2019.
- 5 Batista da Silva KA, Juliani CMM, Spagnuolo RS, Mori NLR, Dias Baptista SCP, Martin LB. Desafios no processo de referenciamento de usuários nas redes de atenção à saúde: perspectiva multiprofissional. *Cienc Cuid Saude*. 2018; 17 (3) e43568. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i3.43568>
- 6 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário oficial da União 30 de dezembro de 2010. [citado em 2020 mai 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- 7 Malta DC, Silva Jr JB da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2013; 22 (1): 151-164. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>.
- 8 Wagner EH. Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited. *Milbank Q.* [on-line]. 2019; 97(3):659-664. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12416>.
- 9 Mendes RM, Miskulin RGS. A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cad. Pesqui.* [online]. 2017; 47(165): 1044-1066. DOI: <https://doi.org/10.1590/198053143988>.
- 10 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União; 12 dez. 2012. [citado 2020 bar 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- 11 Andrade MV, Noronha K, Cardoso CS, Oliveira CDL, Calazans JA, Souza MN. Challenges and lessons from a primary care intervention in a Brazilian municipality. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2019; 53: 45. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000457>
- 12 Mendes EV, Cataneli R de CB, Nicoletti RHA, Kemper ES, Quintino ND, Matos MAB, et al. Integrated care in the unified health system of Brazil: The laboratory for innovation in chronic conditions in Santo Antônio do Monte. *International Journal of Healthcare Management* [on-line]. 2019; 12:2, 116-122. DOI: <https://doi.org/10.1080/20479700.2018.1436412>
- 13 Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L, Geremia DS, Madureira VSF, Souza JB. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores?. *Saúde Soc. São Paulo* [online]. 2018; 27(1): 69-79. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170296>
- 14 Ravioli AF, Soárez PC, Scheffer MC. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cad. Saúde Pública* [online]. 2018; 34 (4), e00114217. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114217>
- 15 Carvalho ALB de, Shimizu HE. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)* [online]. 2017; 21 (60): 23-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0817>
- 16 Lopes AEMP, Silva JPS, Costa K do SM da, Farias LS, Moreira RM, Coelho RL. A importância do papel gerencial para administração pública: um estudo de caso do gestor da Universidade Federal do Pará Campus Bragança – PA. *Ágora: R Divulg. Cient.* 2018; 23(1), 95-115. DOI: <https://doi.org/10.24302/agora.v23i1.1773>
- 17 Lopes AV, Pantoja MJ, Gonçalves AO, Bilhim JÁ de F. Profissionalização da Liderança Pública: uma Revisão da Literatura sobre Valores, Competências e Seleção de Dirigentes Públicos. *Revista Gestão & Conexões*. 2020; 9(1), 08-27. DOI: <https://doi.org/10.13071/regec.2317-5087.2020.9.1.27761.08-27>
- 18 Amaral CEM, Bosi MLM. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saúde Soc. São Paulo* [online]. 2017; 26 (2), 424-434. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170846>
- 19 Gigante RL, Campos GW de S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab. Educ. Saúde*. 2016; 14(3), 747-763. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00124>

20 Baldissera VDA, Bueno SMV. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo. *Cienc Cuid Saude*. 2015; 13(2), 191 - 192. DOI:

<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i2.26545>

21 Vasconcelos M de FF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira, SMLR. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2016; 20 (59), 981-991. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0707>

22 Evangelista MJO, Guimarães AMDAN, Dourado EMR, Vale FLB do, Lins MZS, Matos MAB de et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [on-line]. 2019; 24(6): 2115-2124. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>.

23 Borsato FG, Carvalho BG. Hospitais gerais: Inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. *Ciênc. saúde coletiva* [on-line]. 2019. [citado em: 2020 nov 14]. Disponível em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/hospitais-gerais-insercao-nas-redes-de-atencao-a-saude-e-fatores-condicionantes-de-sua-atuacao/17257>

24 Damaceno A, Lima M, Pucci V, Weiller T. Redes de atenção

à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Rev. Enferm. UFSM*. 2020; 10, e14. DOI:

<https://doi.org/10.5902/2179769236832>

25 Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário oficial da união 28 julho de 2011. [citado em 2020 mai 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

26 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Diário Oficial da União 30 dez 2013. [citado em 2020 nov 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

27 Capellari FG, Marocco KC, Savi GD, Galão da Costa LC, Mesquita MGA. Redes de atenção à saúde e as demandas dos usuários pela Unidade de Pronto Atendimento: Conflitos e possibilidades. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2018; 9: e13. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.572>

28 Holz CB, MenezesLP, Begnini D, Sarturi F. O hospital na rede de atenção à saúde: uma reflexão teórica. *Espaço Ciência & Saúde* [on-line]. 2016; 4: 101-115. [citado 2020 abr 10]. Disponível em:

<http://revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/artic/e/view/5254/792>

Endereço para correspondência: Laís Carolini Theis. Rua Romédio Dorigo, 85 apto 1203B, Água Verde, Curitiba, PR, Brasil. CEP: 80.620-140. E-mail: laistheis@gmail.com

Data de recebimento: 30/07/2020

Data de aprovação: 08/12/2020

APOIO FINANCEIRO

O estudo recebeu apoio financeiro da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Por meio dos contratos: CON18-00016763 e CON18- 0019599.