

Desafios e Potencialidades do Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Challenges and Potentialities of the Chronic Care Model

Desafíos y Potencialidades del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas

RESUMO

Objetivo: Revisar a literatura sobre os desafios e potencialidades na implementação de modelos de atenção às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Método:** Revisão integrativa de estudos publicados nos últimos quinze anos, envolvendo populações adultas e idosas, em português, inglês ou espanhol. Foram consultadas bases de dados internacionais e documentos oficiais de organizações de saúde. A qualidade metodológica foi avaliada por instrumento específico de análise crítica. **Resultados:** Identificaram-se como principais desafios a ausência de planejamento integrado, a limitação de recursos financeiros, as falhas de comunicação entre diferentes níveis de atenção, o baixo engajamento comunitário e a capacitação insuficiente dos profissionais. Entre as potencialidades, destacam-se a centralidade do cuidado na pessoa, a possibilidade de integração multiprofissional e a promoção da autonomia dos pacientes. **Conclusão:** O fortalecimento da Atenção Primária, com modelos que assegurem continuidade do cuidado, participação ativa dos usuários e apoio ao autocuidado, é essencial para reduzir a fragmentação do sistema de saúde.

DESCRIPTORES: Doença crônica; Doenças não transmissíveis; Modelos de assistência à saúde; Atenção à saúde.

ABSTRACT

Objective: To review the literature on challenges and potentialities in the implementation of care models for chronic conditions in Primary Health Care in Brazil. **Method:** Integrative review of studies published in the last fifteen years, focused on adult and older populations, in Portuguese, English, or Spanish. International databases and official health organization documents were consulted. Methodological quality was assessed using a critical appraisal tool. **Result:** The main challenges identified were the lack of integrated planning, limited financial resources, communication failures between levels of care, low community engagement, and insufficient professional training. Potentialities included person-centered care, multiprofessional integration, and patient empowerment. **Conclusion:** Strengthening Primary Health Care with models that ensure care continuity, active patient participation, and support for self-care is essential to reduce the fragmentation of the health system.

DESCRIPTORS: Chronic disease; Noncommunicable diseases; Health care models; Health care.

RESUMEN

Objetivo: Revisar la literatura sobre los desafíos y potencialidades en la implementación de modelos de atención a condiciones crónicas en la Atención Primaria de Salud en Brasil. **Método:** Revisión integradora de estudios publicados en los últimos quince años, centrados en poblaciones adultas y mayores, en portugués, inglés o español. Se consultaron bases de datos internacionales y documentos oficiales de organizaciones de salud. La calidad metodológica fue evaluada mediante herramienta de análisis crítico. **Resultado:** Los principales desafíos identificados fueron la falta de planificación integrada, los recursos financieros limitados, las fallas de comunicación entre los niveles de atención, el bajo compromiso comunitario y la capacitación insuficiente de los profesionales. Entre las potencialidades se destacaron el cuidado centrado en la persona, la integración multiprofesional y el fortalecimiento de la autonomía del paciente. **Conclusión:** El fortalecimiento de la Atención Primaria, mediante modelos que aseguren continuidad del cuidado, participación activa de los usuarios y apoyo al autocuidado, es fundamental para reducir la fragmentación del sistema de salud.

DESCRIPTORES: Enfermedad crónica; Enfermedades no transmisibles; Modelos de atención a la salud; Atención a la salud.

RECEBIDO EM: 03/10/2025 APROVADO EM: 21/10/2025

Como citar este artigo: Andrade MG. Desafios e Potencialidades do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(101):17582-17597. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i101p17582-17597

**Melissa Galvão de Andrade**

Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Mestranda em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade de Pernambuco (UPE). Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3056-0379>

INTRODUÇÃO

As condições crônicas representam um dos maiores desafios da saúde pública global, respondendo por grande parte das mortes prematuras, da perda de qualidade de vida e de elevados custos econômicos. No Brasil, doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas concentram os principais índices de morbimortalidade, em um cenário agravado pelo envelhecimento populacional e pela tripla carga de doenças, que inclui também doenças infecciosas e causas externas⁽¹⁾. A taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no país, em pessoas com 30 anos ou mais, é de cerca de 600 por cem mil habitantes, valor superior ao observado em países como Canadá e Reino Unido⁽²⁾.

O modelo de atenção tradicional, baseado em episódios agudos de doença e em classificações etiopatogênicas, mostra-se insuficiente para lidar com a complexidade dessas condições. Nesse contexto, surge a proposta das “Condições de Saúde”, que engloba não apenas doenças crônicas, mas também condições infecciosas persistentes e situações ligadas ao ciclo materno-infantil⁽³⁾. Essa perspectiva fundamenta o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que busca superar a fragmentação do cuidado por meio de uma abordagem integrada, contínua e centrada na pessoa⁽⁴⁾. A Atenção Pri-

mária à Saúde (APS) é apontada como coordenadora desse processo, por sua capacidade de articular diferentes níveis de atenção e fortalecer vínculos entre serviços, pacientes e comunidade⁽⁵⁾.

Fortalecer a Atenção Primária à Saúde e adotar modelos inovadores de cuidado crônico é crucial não apenas para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, mas também para a sustentabilidade do sistema de saúde. Entretanto, persistem lacunas relacionadas ao planejamento integrado, à formação profissional e à articulação intersetorial, que comprometem a efetividade dessas propostas⁽⁵⁾. Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo revisar a literatura sobre os desafios e potencialidades na implementação de modelos de atenção às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, uma abordagem escolhida por possibilitar a combinação de dados provenientes de estudos teóricos e empíricos, oferecendo assim uma compreensão mais ampla e aprofundada sobre o tema de interesse. Para a sua condução, seguiram-se as etapas recomendadas pela literatura com adaptações⁽⁶⁾:

Elaboração da pergunta norteadora: A primeira etapa consistiu na definição clara e específica do tema de

interesse, seguida pela formulação da pergunta norteadora que orienta toda a revisão. A questão de pesquisa estabelecida foi: “*Quais são os desafios e potencialidades na implementação de modelos de atenção a pacientes com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde no Brasil?*”

Estabelecimento de Critérios para Inclusão e Exclusão de Estudos:

Foram definidos critérios claros para a inclusão e exclusão dos estudos a serem analisados. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos 15 anos, disponíveis em português, inglês ou espanhol, com foco em populações adultas e idosas, além de trabalhos originais que relatem experiências de implementação no Brasil. Os critérios de exclusão incluíram: estudos duplicados, aqueles que não atendiam ao objetivo da revisão integrativa, estudos fora do contexto da APS e textos cujo acesso completo não estava disponível gratuitamente.

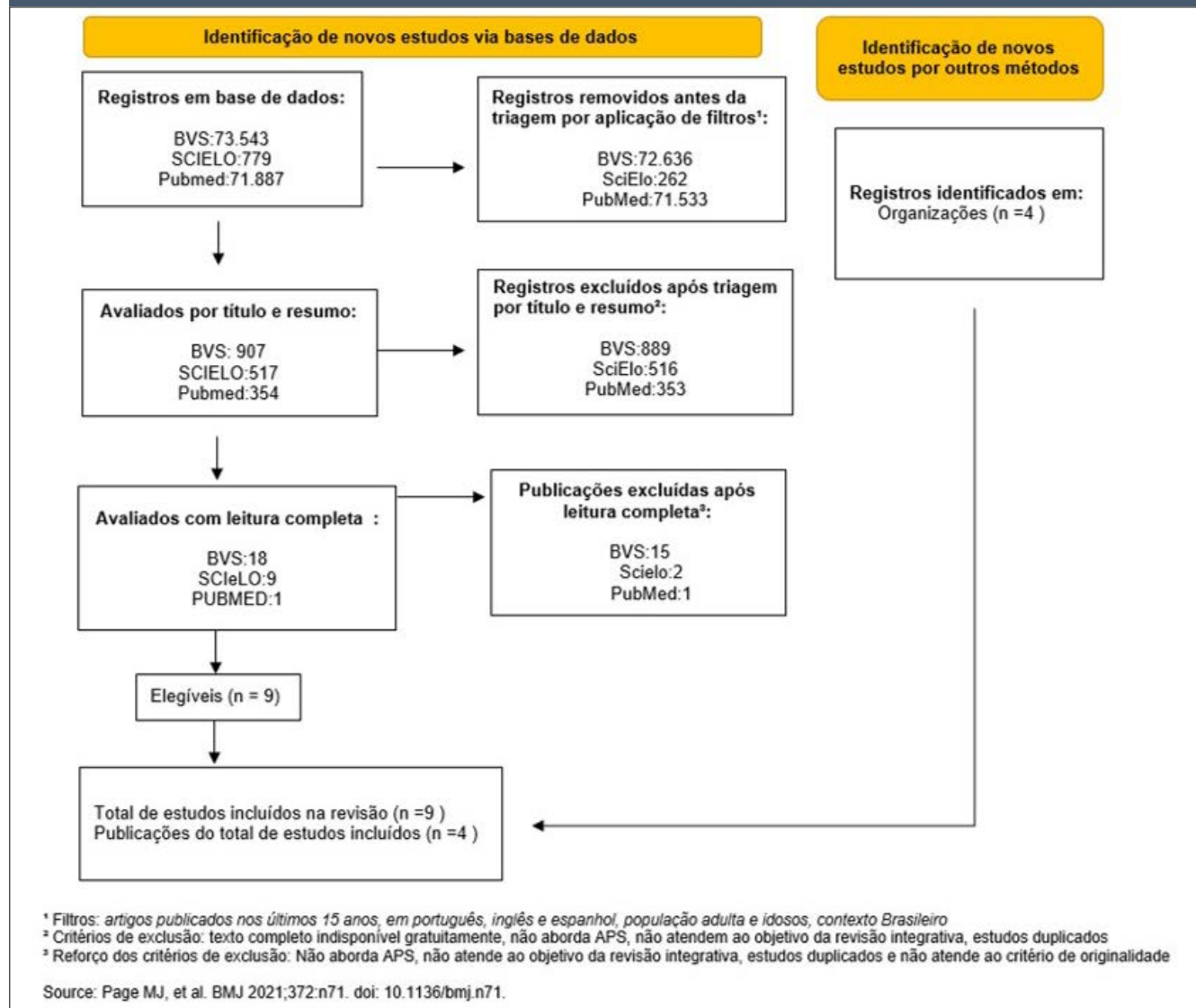
Busca na Literatura: A busca dos estudos foi realizada em documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Governo Brasileiro e em bases de dados eletrônicas, incluindo PubMed, SciELO e BVS. Foram utilizados descritores e suas combinações em português e inglês, tais como: ((*chronic disease*) OR (*noncommunicable disease*) OR (*doença crônica*) OR (*doenças não transmissíveis*)) AND ((*health-*

care models) OR (delivery of health care) OR (modelos de assistência à saúde) OR (atenção à saúde)). “AND

(Brazil[Affiliation])” foi utilizado na PubMed pela ausência de filtro específico. As etapas detalhadas do processo de

seleção dos estudos estão ilustradas no fluxograma da Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos



Avaliação Crítica dos Estudos Incluídos: Os estudos elegíveis foram avaliados criticamente quanto ao rigor metodológico e à relevância dos resultados. Para isso, foram aplicados critérios de avaliação baseados no *Critical Appraisal Skill Programme* (CASP)⁽⁷⁾. Utilizou-se um instrumento adaptado do CASP, que contemplava 10 itens a serem pontuados, incluindo: 1) objeti-

vo; 2) adequação do método; 3) apresentação dos procedimentos teórico-metodológicos; 4) critérios de seleção da amostra; 5) detalhamento da amostra; 6) relação entre pesquisadores e participantes (randomização/cegamento); 7) respeito aos aspectos éticos; 8) rigor na análise dos dados; 9) adequação na discussão dos resultados; e 10) contribuições e limitações da pesquisa.

Ao final, os estudos foram classificados em nível A (pontuação entre 6 e 10), indicando boa qualidade metodológica e viés reduzido, ou nível B (até 5 pontos), o que sugeria qualidade metodológica satisfatória, porém com risco aumentado de viés.

Interpretação dos Resultados e Síntese do Conhecimento: Após a seleção inicial, foram incluídos 13 ar-

tigos, todos classificados com nível A em qualidade metodológica, de acordo com o instrumento adaptado do CASP. Os desafios e as potencialidades identi-

ficadas em cada estudo foram agrupados de acordo com suas similaridades, facilitando a avaliação dos tópicos mais recorrentes. Com base nisso, elaborou-

-se uma tabela que reúne informações importantes para comparação com a literatura existente sobre o tema:

Tabela 1 – Análise de publicações

Título	Local e Ano	Desafios	Potencialidades
Avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em um distrito sanitário do município de Recife – Pernambuco. (8)	PE, 2015	Fragmentação dos serviços Deficiência na estrutura de apoio Coordenação Inadequada entre os níveis de atenção Problemas no diagnóstico e acompanhamento	Existência de Coordenação Específica Planos Municipais coerentes Envolvimento de gestores Interdependência entre os componentes da rede
Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. (9)	PE, 2017	Fragmentação das Ações Infraestrutura insuficiente Falta de Capacitação Dificuldade de Monitoramento Falta de mobilização Social	Presença de coordenadores e equipes técnicas Disponibilidade de medicamentos Sistema de informação e equipamentos funcionais Planos de Ação em Desenvolvimento
Challenges and lessons from a primary care intervention in a Brazilian municipality. (10)	MG, 2019	Fragilidade na organização de exames diagnósticos Uso limitado dos sistemas de informação eletrônicos Sistema de saúde misto Capacitação e engajamento dos profissionais de saúde	Cobertura Universal da ESF Fortalecimento do papel do ACS Articulação entre níveis de atenção Gestão local efetiva
Os desafios do planejamento municipal a partir da perspectiva de enfermeiras gestoras. (11)	RS, 2020	Dificuldades na estruturação da rede de atenção Capacitação insuficiente de profissionais Integração limitada entre os níveis de atenção Resistência à mudança	Apoio ao autocuidado Atenção longitudinal e integral Envolvimento da comunidade Desenvolvimento de Protocolos clínicos
Consolidando a Rede de Atenção às Condições Crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais. (12)	MG, 2011	Fragmentação do modelo de atenção Acesso Insuficiente a Serviços Especializados Adaptação do Sistema de Saúde Capacitação Profissional: Resistência à Mudança:	Melhoria da Qualidade do cuidado Redução de custos com internações e complicações Cuidado multidisciplinar e programado Satisfação dos profissionais e usuários Prevenção de complicações graves
Desafios na implantação do modelo de atenção às condições crônicas na perspectiva de gestores no estado do Paraná. (13)	PR, 2021	Falta de Integração com a Atenção Hospitalar Resistência à Mudança no Processo de Trabalho Capacitação e Educação Permanente Insuficiente Falta de Suporte Político e Financeiro Consistente	Educação permanente como ferramenta de transformação Liderança dos gestores Melhoria da qualidade do cuidado nas linhas de atenção Adoção de Novos perfis de Atendimento
Estudo comparativo das inovações sobre condições crônicas na atenção primária em Porto Alegre, RS, Brasil e Ferrara, Itália. (14)	RS, 2020	Resistência às Práticas Inovadoras Cultura de Trabalho Fragmentada Formação Profissional Inadequada Gestão Fragmentada e Orientada para Produtividade:	Educação Permanente em Saúde Foco no Autocuidado e na Promoção da Saúde Modelo de Atenção Multiprofissional
Institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e gestão do cuidado na Atenção Primária. (15)	RS, 2021	Resistência às Mudanças Falta de Engajamento Coletivo Sobrecarga de Trabalho Gestão Focada em Resultados Quantitativos Falta de Diálogo e Apoio aos Profissionais	Educação permanente e reflexão coletiva Grupo de Cuidados Inovadores Atenção Multidisciplinar e Sequencial Autonomia Profissional
Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, Paraná. (16)	PR, 2013	Adaptação do Modelo à Realidade do SUS Estratificação de Risco e Gestão da Clínica Sistemas de Informação e Monitoramento Resistência às Novas Tecnologias de Cuidado	Apoio ao autocuidado Cuidado compartilhado Capacitação e Educação Permanente Apoio das Instituições Parceiras

Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. (17)	SP, 2010	Fragmentação do Cuidado Falta de Capacitação e Educação Permanente Integração Insuficiente com Recursos Comunitários Dificuldades na Estratificação e Acompanhamento de Pacientes	Modelo de Gestão Integrado Apoio ao autocuidado Educação em Saúde e Grupos terapêuticos Utilização de ferramentas de avaliação (ACIC)
Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. (18)	PR, 2014	Fragmentação do Cuidado Falta de Capacitação e Educação Permanente Integração Insuficiente com Recursos Comunitários Dificuldades na Estratificação e Acompanhamento de Pacientes Resistência à Mudança de Paradigma Capacitação Profissional Infraestrutura e Recursos Integração entre Comunidade e Serviços	Autocuidado apoiado Cuidado compartilhado Capacidade de monitoramento e avaliação Satisfação dos pacientes
Projeto QualiDia: educação em saúde para o autocuidado e avaliação contínua da qualidade da atenção ao diabetes no Brasil. (19)	PE, SC,ES,RJ, 2012	Falta de Integração e Continuidade do Cuidado: Capacitação dos Profissionais de Saúde Monitoramento e Avaliação do Cuidado: Recursos Limitados	Fortalecimento do autocuidado Modelo de cuidado compartilhado Uso de ferramentas de monitoramento (ACIC) Experiências de sucesso e cooperação técnica
Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). (20)	PE, 2015	Implantação Parcial da Rede de Atenção Falta de Estratificação de Risco Deficiências na Contrarreferência Problemas no Sistema Logístico Capacitação e Qualificação Insuficiente	Apoio político para implementação da rede Estruturação de linhas de cuidado Fortalecimento da atenção primária Existência de sistemas de apoio

RESULTADOS

Nos 13 artigos analisados, os principais desafios identificados foram: fragmentação do sistema de saúde e falta de coordenação entre os níveis de atenção^(8,9,11,13,17,19), infraestrutura e recursos insuficientes^(8,10,11,18,20), capacitação e educação permanente dos profissionais^(9,10,12,17), resistência a mudanças culturais^(12,14,15), monitoramento e gestão individual e coletiva inadequados^(8,16,19) e integração comunitária limitada^(9,17,18).

As principais potencialidades destacadas foram: coordenação e gestão específicas para doenças crônicas com envolvimento de gestores e suporte técnico em várias regiões^(8,9,10,13,20), planejamento integrado e fortalecimento da Atenção Primária, favorecendo a criação de fluxos assistenciais e integração da rede de saúde^(8,20). Também foram mencionadas ferramentas de monitoramento e avaliação como o uso do ACIC e do PACIC^(9,18,19), educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde^(13,14,16), apoio ao autocuidado e envolvimento do paciente^(11,14,19), e o

cuidado multidisciplinar^(12,14,16).

DISCUSSÃO

Desafios e Limitações

A fragmentação dos serviços de saúde no Brasil compromete a coordenação entre os diferentes níveis de atenção, desde a APS até os cuidados especializados, prejudicando o controle de doenças crônicas e a continuidade do cuidado^(8,11,13). O relatório da OMS destaca que "os sistemas de saúde atuais não são desenhados para atender os problemas crônicos, comprometendo a coordenação e continuidade do cuidado"⁽²¹⁾. Esse problema é especialmente relevante no contexto brasileiro, onde a integração entre a APS e os cuidados especializados enfrenta barreiras significativas.

A falta de comunicação eficaz e de protocolos integrados, somada à coexistência dos sistemas público e privado, enfraquece o controle público^(8,9,10). Segundo um estudo da Health Quality Ontario, a falta de protocolos e a comunicação deficiente entre os diferentes níveis de atendimento afetam negativa-

mente a gestão de doenças crônicas. O estudo sugere que a implementação de protocolos integrados pode melhorar o atendimento e reduzir a fragmentação⁽²²⁾. O Instituto de Estudos para Políticas de Saúde destaca que "a coexistência de sistemas de saúde público e privado no Brasil enfraquece o controle público e cria desigualdades no acesso a cuidados especializados"⁽²³⁾, impactando o controle de condições crônicas e limitando a eficácia do SUS.

O acesso limitado a cuidados especializados, somado à ineficiência do processo de contrarreferência, agrava a situação^(12,20), reforçando a necessidade de melhorias no Sistema Único de Saúde (SUS)^(11,19). O boletim epidemiológico observa que os gargalos no acesso a serviços especializados e a falha no processo de contrarreferência dificultam o acompanhamento adequado de pacientes com doenças crônicas⁽²⁴⁾, apontando para a urgência de um sistema mais integrado e eficiente.

A resistência de profissionais e gestores ao modelo de cuidado integrado e multiprofissional, ainda centrado

em cuidados episódicos, é outro desafio, perpetuando práticas fragmentadas^(12,13,14). De acordo com o Panorama IEPS (2021), a falta de integração entre os diferentes níveis de cuidado é um dos maiores desafios na implementação das linhas de cuidado para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Além disso, a carência de formação adequada para equipes multiprofissionais dificulta a adoção de um modelo de cuidado mais integrado e contínuo⁽²³⁾.

A formação tradicional dos profissionais de saúde, focada no modelo biomédico, restringe o uso de abordagens interdisciplinares e de ferramentas como a gestão clínica e a estratificação de risco^(9,10,16). O estudo de Karine Cavalcante da Costa (2015) sobre o instrumento ACIC na Estratégia Saúde da Família evidencia que muitos profissionais enfrentam dificuldades em aplicar conceitos essenciais ao cuidado de condições crônicas. Essa limitação reflete uma formação centrada no modelo biomédico, dificultando a adoção de práticas interdisciplinares⁽²⁵⁾. O relatório da OMS (2005) reforça a necessidade de políticas intersetoriais e formação contínua para superar essas restrições e possibilitar uma abordagem centrada no paciente⁽²⁰⁾.

A insuficiência de diagnósticos contínuos adequados, como no caso dos diabéticos com controle glicêmico deficiente, reflete a ineficácia no manejo dessas condições^(8,20). O documento "Living Well with Chronic Illness" enfatiza que a falta de diagnósticos adequados pode levar a complicações evitáveis em condições como diabetes, aumentando a morbidade. A implementação de programas robustos de gestão de doenças crônicas é essencial para melhorar os resultados de saúde⁽²⁶⁾.

A gestão baseada em indicadores de produtividade, a falta de planejamento adequado e a exclusão de profissionais no desenvolvimento de novos modelos de gestão reforçam a fragmentação do cuidado, prejudicando especialmente os pacientes crônicos^(14,15). A análise

da National Academy of Sciences em "Living Well with Chronic Illness" descreve como uma gestão focada em produtividade imediata prioriza resultados de curto prazo, negligenciando ações preventivas e integradas. Isso agrava a fragmentação e o manejo ineficaz de condições crônicas⁽²⁶⁾.

A falta de recursos humanos, materiais e de infraestrutura, como salas e kits de diagnóstico, também agrava a situação, afetando principalmente o manejo preventivo de condições como diabetes e hipertensão^(8,11,18). O Panorama IEPS destaca que a falta de pessoal capacitado e a ausência de treinamento especializado são desafios no manejo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na APS no Brasil. A OMS também aponta que a insuficiência de infraestrutura prejudica o monitoramento e a prevenção efetiva de doenças crônicas, resultando em complicações evitáveis⁽²¹⁾.

Esses problemas estruturais apontam para a necessidade de maior investimento e melhorias no uso de sistemas de informação e no suporte governamental contínuo^(13,19). O documento da OMS sobre "Cuidados Inovadores para Condições Crônicas" afirma que a falta de sistemas de informação integrados dificulta o acompanhamento contínuo de pacientes com doenças crônicas, e investimentos em tecnologia são essenciais para reduzir a fragmentação e garantir um atendimento de qualidade⁽²¹⁾.

Potencialidades

O comprometimento dos gestores é essencial para o sucesso da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no manejo de doenças crônicas. Em Recife, a coordenação específica para essa população tem facilitado o planejamento de políticas e a implementação de protocolos^(8,9). Mendes (2012) destaca que, em contextos de alta prevalência de doenças crônicas, como o Brasil, a efetividade das redes depende de uma coordenação eficiente e de políticas estruturadas, que garantam atenção integrada e contínua

aos pacientes com essas condições⁽¹⁾.

O suporte técnico e administrativo proporcionado pelos gestores estaduais e municipais fortalece o controle e a continuidade do cuidado^(8,13). A atenção primária exerce papel central na RAS, pois assegura a integralidade e longitudinalidade do sistema^(8,20). Mendes (2011) reforça que, sem a integração da atenção primária, é difícil manter a continuidade e abrangência do cuidado, elementos essenciais para uma gestão eficaz das condições crônicas⁽³⁾.

Ferramentas como o Sinan, ACIC e PACIC são cruciais para monitorar a qualidade do cuidado e facilitar a integração das equipes de saúde^(9,18). A OPAS (2015) aponta que o Modelo de Cuidados Crônicos visa incorporar sistemas de informação clínica para monitoramento e avaliação, essenciais para melhorar a qualidade dos serviços. Tais ferramentas fornecem dados precisos que permitem ajustes nos protocolos de cuidado e promovem uma integração mais efetiva entre as equipes multiprofissionais⁽⁴⁾.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem transformado as práticas assistenciais em cidades como Porto Alegre, promovendo uma abordagem mais integrada^(13,14). A implementação da EPS supera os métodos tradicionais de educação, pois se integra ao desenvolvimento profissional contínuo. Esse modelo valoriza a prática e facilita mudanças comportamentais e profissionais, resultando em melhor qualidade de atendimento⁽³⁾.

O apoio ao autocuidado também tem mostrado resultados positivos no manejo de condições crônicas, aumentando a autonomia dos pacientes^(11,18,19). Conforme documento da OPAS (2015), o autocuidado é vital, pois "incentiva a participação ativa dos pacientes em seu cuidado", aspecto crucial para melhorar sua qualidade de vida e capacidade de autogestão⁽⁴⁾.

Programas como a Rede Hiperdia Minas, que utilizam protocolos e estratificação de risco, e o modelo de Cuida-

do Compartilhado (CUCO) têm sido eficazes na coordenação e integralidade do atendimento a doenças crônicas^(12,14,16). Mendes defende que a implementação de protocolos padronizados e a estratificação de risco são essenciais para enfrentar a fragmentação do sistema e otimizar a atenção integral, destacando a necessidade de coordenação entre diferentes níveis de atenção^(1,3).

CONCLUSÃO

A implementação de modelos de atenção a pacientes com condições crônicas na APS enfrenta desafios significativos, como a fragmentação dos serviços, insuficiência de recursos, falta de integração entre níveis de atenção e resistência à adoção de práticas ino-

vadoras. Entretanto, o fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado, a adoção de modelos integrados centrados no paciente e a utilização de ferramentas de monitoramento e capacitação contínua são exemplos de potencialidades que podem transformar a gestão dessas condições.

Apesar dessas possibilidades, o sistema de saúde brasileiro permanece estruturado de forma predominantemente episódica e reativa, inadequado para atender à complexidade das condições crônicas, que demandam abordagens contínuas e integradas. Barreiras estruturais, como recursos insuficientes e falhas no planejamento, somam-se a limitações culturais, como a resistência de profissionais e gestores à mudança de paradigmas. A formação tradicional,

centrada no modelo biomédico, também restringe o uso de estratégias interdisciplinares e o foco no protagonismo do paciente.

A transformação desse cenário exige uma reestruturação que priorize o fortalecimento da APS, com investimento consistente em políticas públicas, ampliação de recursos, educação permanente dos profissionais e integração comunitária. Apenas com uma APS robusta e coordenada será possível reduzir a fragmentação do cuidado, promover a continuidade e garantir a responsividade do sistema às necessidades reais da população, permitindo avanços sustentáveis na gestão das condições crônicas e na saúde coletiva no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 113 p. ISBN: 978-65-87201-33-7.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Brasília, DF: OPAS; 2015.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Carta de Ottawa: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS; 1986.
6. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo). 2010;8(1 Pt 1):102-6.
7. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Qualitative Research Checklist. Oxford: CASP; 2017. [Internet]. Disponível em: <http://www.casp-uk.net>. Acesso em: 27 maio 2024
8. Santos RS de AF. Avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em um distrito sanitário do município de Recife - Pernambuco [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
9. Souza MF, Vanderlei LCM, Frias PG. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. Epidemiol Serv Saúde. 2017;26(4):817-34. doi:10.5123/S1679-49742017000400013.
10. 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 Saude Publica. 2019;53:45. doi:10.11606/S1518-8787.2019053000457
11. Reuter CLO, Maciel PP, Santos VCF, Riquinho DL, Ramos AR. Challenges of municipal planning from the perspective of nurse managers. Rev Bras En-

ferm. 2020;73(2):e20180409. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0409.

12. Alves Júnior AC. Consolidando a Rede de Atenção às Condições Crônicas: experiência da Rede Hip-erdia de Minas Gerais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

13. Theis LC, Westphal CM, Moysés ST. Desafios na implantação do modelo de atenção às condições crônicas na perspectiva de gestores no estado do Paraná. Cienc Cuid Saude. 2021;20:e57570. doi:10.4025/cienccuidsaude.v20i0.57570.

14. Silocchi C, Junges JR, Martino A. Estudo comparativo das inovações sobre condições crônicas na atenção primária em Porto Alegre, RS, Brasil e Ferrara, Itália. Saúde Soc. São Paulo. 2020;29(1):e190633. doi:10.1590/S0104-12902020190633.

15. Silocchi C, Junges JR, Moehleck V, Diercks MS. Institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e gestão do cuidado na Atenção Primária. Interface (Botucatu). 2021;25:e200506. doi:10.1590/interface.200506.

16. Organização Pan-Americana da Saúde. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília, DF: OPAS; 2013.

17. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, DF: OPAS; 2010. 232 p. Disponível em: <http://www.paho.org/bra>

18. Schwab GL, Moysés ST, Kusma SZ, Ignácio SA, Moysés SJ. Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. Saúde Debate. 2014;38(Esp):307-18. doi:10.5935/0103-1104.2014S023.

19. Carvalho RMSVN, Souza SMD, Meiners MMMA.

Projeto QualiDia: educação em saúde para o autocuidado e avaliação contínua da qualidade da atenção ao diabetes no Brasil. J Bras Econ Saúde. 2012;5-13.

20. Santos RSAF, Bezerra LCA, Carvalho EF, Fontbonne A, Cesse EAP. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). Saúde Debate. 2015;39(Esp):268-282. doi:10.5935/0103-1104.2015S005368.

21. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: OPAS; 2003. 112 p.

22. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser [Internet]. 2013 Sep;13(9):1-60. Disponível em: <http://www.hqontario.ca/en/documents/eds/2013/full-report-OCMD-self-management.pdf>.

23. Eleone A, Aguillar A, Leal F, Thami H, Remédios J, Machado ML, et al. Linhas de cuidado de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. Brasília, DF: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS); 2023. 123 p.

24. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico - Vol. 50, Nº 40. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.

25. Costa KC. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação do instrumento na Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2015.

26. Living Well with Chronic Illness: A Call for Public Health Action [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2012 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/13272>

AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

Declaro não possuir apoio financeiro, nem conflito de interesse de natureza financeira ou de afiliações. Esta pesquisa foi desenvolvida como parte das atividades acadêmicas da Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Pernambuco.