



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MESTRADO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

**MAYARA CINTIA DE JESUS SILVA**

**GESTÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE EM UM AMBULATÓRIO  
DOCENTE ASSISTENCIAL: PROPOSTA DE UMA FERRAMENTA VIRTUAL**

**SALVADOR - BAHIA  
2024**

**MAYARA CINTIA DE JESUS SILVA**

**GESTÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE EM UM AMBULATÓRIO  
DOCENTE ASSISTENCIAL: PROPOSTA DE UMA FERRAMENTA VIRTUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu de Mestrado em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Marta Silva Menezes  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Mary Gomes Silva

**SALVADOR - BAHIA  
2024**

## AGRADECIMENTOS

*"Do que se queixa o homem? Queixa-se tão somente, de seus próprios pecados" (Lamentações 39:3)*

Cada etapa evoca um sentimento misto: sou tão rica e ainda há uma imensidão a se conquistar. Rica pelas pessoas que me atravessam em suas formas e emoções.

Emoção: coisa difícil para mim.

Emociono-me ao lembrar o caminho... tantos trajetos, desencontros e encontros que marcaram minha vida. Quando saí de Alagoinhas aos 17 anos, jamais imaginei que um dia seria uma médica e agora, uma mestra.

Minha mãe com grande maestria, soube ser minha maior inspiração. Uma professora que me ensinou uma das formas mais lindas de servir: ensinar. Dedico cada vitória a você, mãe, que é minha melhor amiga e minha melhor professora.

E nisso, soube Deus trilhar minha jornada num dos maiores encontros da minha vida: a professora Marta. Nem sei como agradecer por ter sido luz, suporte e faísca em meu coração. Como uma mãe águia, você soube me alimentar e me lançar do penhasco, para me ensinar a voar.

Desses encontros, dedico essa etapa especialmente à professora Miriam, coordenadora do ambulatório da comunidade, do programa de residência médica em medicina de família e comunidade e do internato de atenção primária, que me enxergou quando nem eu mesmo sabia apostar em mim. Em 2017, nos encontramos e desde lá, você tem sido baluarte na jornada da medicina de família e comunidade.

Obrigada por ser essa **Mulher** firme e ética.

Louvo a Deus também pela vida da professora Mary que ensina com tanta cordialidade e compromisso o mundo lindo da pesquisa e da ciência. A cada encontro, aprendo, me inspiro e me alinho.

Sou grata também pela equipe de pesquisadores que se debruçaram nesse projeto "Medicina família e comunidade e a gestão do cuidado em um ambulatório docente assistencial". Aos alunos Nathalia Miranda, Bruna Sierpinska, Leonardo Vasconcellos, Marina Larocca, Dan Vasconcellos, João Neiva e Gustavo Bastos: sem vocês esse trabalho não teria existido.

Agradeço a todos os meus colegas do ambulatório da comunidade: docentes, residentes, equipe de enfermagem e equipe de recepção, em especial à Carla por todo apoio em reunir os prontuários que contribuíram na pesquisa.

Agradeço a toda equipe do grupo de pesquisa Pró-ensino na saúde, que me ensinam que somos muito mais do que um grupo de trabalho, mas sim um grupo de afetos cuja motivação nos impulsiona. A conquista de um é a conquista de todos.

Agradeço a meu primo Lucas e a meus amigos Nálisson e Gustavo da Versátil que se empenharam em me ajudar a lidar com as ferramentas das planilhas mesmo com o prazo bastante apertado. Agradeço ao ex-aluno Márcio Barreto pela disponibilidade em me apresentar a ferramenta de geração de APAC automática que foi luz para esse trabalho.

E por fim, agradeço a todos os meus alunos. Cada aluno que vejo acende em mim uma chama que me impulsiona para ser o melhor de mim. Existe uma brasa em mim que arde quando estou ali e me confirma que estou no lugar onde Deus desenhou para que eu esteja. Quando estou ali com um aluno, não tenho nada do que me queixar.

*"Os que semeiam em lágrimas com cantos de alegria, colherão. Aquele que leva a preciosa semente, andando e chorando, voltará, sem dúvida, com alegria, trazendo consigo os seus feixes." (Salmo 126: 5-6)*

## RESUMO

**Introdução:** A gestão do cuidado pode ser definida como o uso de tecnologias para o manejo das condições de saúde de acordo com as necessidades do indivíduo. Observa-se no SUS um conjunto de iniciativas para a organização do sistema em redes de atenção destinado à abordagem das condições crônicas que objetivam a superação do cuidado fragmentado e a coordenação do cuidado por meio da atenção primária à saúde. **Objetivos:** Desenvolver um protótipo de uma ferramenta virtual para gestão de cuidado das condições crônicas de saúde em um ambulatório docente assistencial. **Método:** Trata-se de um estudo de corte transversal, analítico, descritivo para avaliar um modelo de gestão do cuidado. Este utilizou dados secundários através da análise de prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório da Comunidade da EBMSp de janeiro de 2022 a janeiro de 2023. **Resultados:** Dos 2.131 pacientes atendidos no ano de janeiro de 2022 a janeiro de 2023, foram coletados 385 prontuários. a maioria dos pacientes foi do sexo feminino, com idade média de 56 anos. As condições crônicas mais prevalentes foram Hipertensão arterial, dislipidemia (hipercolesterolemia), obesidade, diabetes e ansiedade, sendo hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 (pré-diabetes, insulino e não insulino dependentes) as linhas de cuidado proposta com melhor estruturação dos planos de prevenção, diagnóstico, terapêutica e seguimento dos pacientes com essas condições. A proposta de melhoria de gestão do cuidado dessas condições visa a criação de uma ferramenta tecnológica desenvolvida pelos autores com o recurso do Excel, a ferramenta propõe-se a apoiar as decisões médicas. **Conclusão:** Trata-se de um instrumento prático que leva cruzamento dos dados preenchidos para proposta de um plano de cuidados e critérios de encaminhamento a depender das variáveis de cada caso. Com isso, visa-se qualificação da gestão do cuidado de cada paciente com linhas de cuidado em hipertensão arterial e diabetes mellitus com foco em educação permanente de toda equipe de docentes, residentes, equipe multidisciplinar e acadêmicos da EBMSp.

Descritores: Gestão em saúde; Atenção primária à saúde; Medicina de família e comunidade; Software.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health management can be defined as the use of technologies to manage health conditions according to the needs of the individual. In the SUS, there is a set of initiatives to organize the system into care networks to address chronic conditions, with the aim of overcoming fragmented care and coordinating care through primary health care. **Objective:** To develop a prototype of a virtual tool for managing the care of chronic health conditions in a teaching outpatient clinic. **Method:** This is a cross-sectional, analytical, descriptive study to evaluate a care management model. It used secondary data by analyzing the medical records of patients seen at the EBMSP Community Outpatient Clinic from January 2022 to January 2023. **Results:** Of the 2,131 patients seen in the year from January 2022 to January 2023, 385 medical records were collected. The majority of patients were female, with an average age of 56 years. The most prevalent chronic conditions were arterial hypertension, dyslipidemia (hypercholesterolemia), obesity, diabetes and anxiety, with systemic arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus (pre-diabetes, insulin-dependent and non-insulin-dependent) being the proposed lines of care with better structuring of plans for prevention, diagnosis, therapy and follow-up of patients with these conditions. The proposal to improve the management of care for these conditions aims to create a technological tool developed by the authors using Excel, which is designed to support medical decisions. **Conclusion:** This is a practical tool that cross-references the data filled in to propose a care plan and referral criteria depending on the variables of each case. The aim is to improve the management of care for each patient with lines of care in hypertension and diabetes mellitus, with a focus on continuing education for the entire team of teachers, residents, multidisciplinary staff and academics at EBMSP.

Keywords: Health Management; Primary Health Care; Family Practice; Software.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....  | 08 |
| 2 OBJETIVOS .....   | 10 |
| 2.1 Objetivo Geral .....                                  | 10 |
| 2.2 Objetivos Específicos .....                           | 10 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA .....                             | 11 |
| 3.1 Condições crônicas em saúde.....                      | 11 |
| 3.2 Linhas de cuidado .....                               | 16 |
| 3.3 Gestão do cuidado .....                               | 18 |
| 3.4 Competência da medicina de família e comunidade ..... | 21 |
| 4 METODOLOGIA.....  | 24 |
| 4.1 População do estudo .....                             | 24 |
| 4.2 Local do estudo.....                                  | 24 |
| 4.3 Amostra do estudo.....                                | 25 |
| 4.4 Critérios de elegibilidade.....                       | 25 |
| 4.5 Plano de coleta .....                                 | 26 |
| 4.6 Etapa metodológicas da pesquisa.....                  | 26 |
| 4.7 Plano de análise .....                                | 27 |
| 4.8 Aspectos éticos .....                                 | 27 |
| 5 RESULTADOS .....  | 28 |
| 6 DISCUSSÃO .....   | 45 |
| 7 CONCLUSÃO .....   | 54 |
| REFERÊNCIAS .....   | 56 |
| APÊNDICES .....   | 65 |

## 1 INTRODUÇÃO

As condições de saúde caracterizam-se por circunstâncias que interferem na saúde do indivíduo de forma aguda ou crônica e que demandam intervenções no sistema de saúde de forma coletiva ou individual<sup>1</sup>. Tradicionalmente essas condições de saúde são divididas em doenças transmissíveis e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), porém diante das mudanças da situação de saúde do Brasil (tripla carga de doença e transição demográfica acelerada), esse conceito não mais atende às demandas atuais<sup>1,2</sup>.

As condições crônicas vão além de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, câncer, transtornos de saúde mental, asma, doença pulmonar crônica obstrutiva, doença renal crônica, doenças cardiovasculares. Abrange ainda as doenças transmissíveis persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV), condições relacionadas ao trinômio maternidade, puerpério e perinatalidade, deficiências físicas (cegueira, amputação, deficiências motoras persistentes), como também as condições que se não se enquadram na classificação internacional de doenças, mas que geram sofrimento persistente<sup>2,3</sup>.

Desde 2011, o Ministério da Saúde objetivou promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para controle das DCNT e trabalhar com o fortalecimento de serviços de saúde que prestam atendimento as condições crônicas por meio do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento dessas no Brasil 2011- 2022<sup>3</sup>.

Em 2013, a publicação do Manual de Diretrizes para o Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritário objetivou reforçar o conhecimento das equipes e superar a fragmentação do cuidado de modo a responder efetivamente às mudanças epidemiológicas e melhorar os indicadores de saúde<sup>4</sup>. A proposta foi baseada em experiências com cuidado integrado em redes de atenção de forma regionalizada, onde os resultados mostraram ser positivos na organização de sistemas de saúde e deram respostas efetivas às necessidades da população<sup>4</sup>. Nesse mesmo ano, cerca de 45,1% dos brasileiros referiam ter pelo menos um diagnóstico de uma DCNT, sendo as mais prevalentes problemas na coluna (18,5%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes mellitus (6,2%), excluindo-se hipertensão arterial nesse quantitativo<sup>17</sup>.



A publicação das Portarias no 4.279/2010<sup>5</sup> e no 483/2014<sup>6</sup> estabeleceu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas, contendo seus respectivos componentes, diretrizes e objetivos. A organização da RAS para doenças crônicas foi uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, assegurando ao usuário um conjunto de ações e serviços efetivos e eficientes, com papel de destaque aos atributos da APS - resolutividade, responsabilização e coordenação do cuidado aos cidadãos<sup>5,6</sup>.

Já em 2019, segundo o IBGE, cerca de 50% da população brasileira já tinha recebido diagnóstico de alguma DCNT, tendo grande influência dos fatores de risco do sedentarismo, tabagismo e uso de álcool<sup>18</sup>. Em Salvador, a cobertura da APS atingiu 56,36% em 2020<sup>7</sup>, e atualmente está caminhando para atingir a marca 70%<sup>8</sup>. Com isso destacou-se a necessidade de implantação de um modelo de atenção que não seja fragmentado e acompanhe a mudança no perfil epidemiológico da população (aumento das condições crônicas). Devido a dificuldade de cobertura da APS e acesso a rede especializada, Salvador conta com apoio de Instituições de Ensino que disponibilizam atendimento multiprofissional (básica e especializada)<sup>9</sup>.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) é uma instituição de ensino superior que funciona com ambulatorios-escola de atendimento a usuários do SUS, visando integração ensino-serviço-comunidade<sup>10</sup>. Possui duas unidades em Salvador- BA localizados nos bairros do Cabula e Brotas. A unidade Brotas conta com o Ambulatório da Comunidade (AC) presta acolhimento em atenção básica (com princípios da APS) e atendimento multiprofissional à população geral de Salvador-Ba, sem necessidade de vinculação por território adscrito<sup>11</sup>.

Observa-se no SUS um conjunto de iniciativas para a organização do sistema em redes de atenção destinado à abordagem das condições crônicas que objetivam a superação do cuidado fragmentado e a coordenação do cuidado por meio da APS, com ênfase no cuidado multiprofissional e continuidade do cuidado com participação ativa dos usuários, aspecto fundamental para adesão e êxito no tratamento.

Nesse sentido, visa-se entender como funciona a gestão das condições crônicas em saúde num ambulatório docente assistencial, o ambulatório da comunidade (AC), da EBMSP no SUS, avaliar possíveis restrições e estratégias de melhoria, bem como propor uma ferramenta virtual de capacitação com base dos profissionais docentes do serviço como forma de educação permanente.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Desenvolver um protótipo de uma ferramenta virtual para gestão de cuidado das condições crônicas de saúde em um ambulatório docente assistencial.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com condições crônicas em saúde atendidos no ambulatório docente assistencial;

Analisar as linhas de cuidado já existentes de acordo com as condições crônicas mais prevalentes no ambulatório;

Descrever os critérios de encaminhamento para especialidades focais do ambulatório docente assistencial;

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Condições crônicas em saúde**

Tradicionalmente o termo doença era utilizado para qualquer situação de saúde do indivíduo, classificando-se em doenças agudas, doenças crônicas transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis<sup>1</sup>. Em 1947, o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mudou, não referindo apenas à ausência de doença, mas abrangendo o completo bem estar físico, psicológico e social do indivíduo<sup>12</sup>. Logo, saúde não se limita em denominar doença ou não, mas sim uma condição do indivíduo de bem estar, o que fez a OMS, mais adiante em 2003, admitir o termo condição de saúde<sup>13</sup>.

O conceito de saúde atual considera as condições de saúde, as quais correspondem a um conjunto de circunstâncias que interferem na vida do indivíduo e que exigem ações do sistema de assistência à saúde. De acordo com Mendes, essa nova tipologia divide as condições em crônicas e agudas, o que melhor atende às demandas do indivíduo por incluir não só doenças (patologias), mas também condições que ocorrem ao longo da vida da pessoa (gestação e puerpério), condições relacionadas a ciclo de vida (puericultura e hebicultura) e condições que são inicialmente agudas, mas cronificam (um paciente acamado após acidente)<sup>13</sup>.

As condições agudas tendem a apresentar-se por um curto período (em torno de três meses) e serem autolimitadas. Geralmente, são condições que se iniciam de forma súbita, não associadas a causas multifatoriais (como estilo de vida), mas a uma causa simples, atribuídas às doenças transmissíveis infecciosas, traumas e acidentes. Porém, uma condição aguda pode se tornar uma condição crônica, como também uma condição crônica pode ter episódios de agudização. Por exemplo, uma infecção por COVID 19 pode ser uma condição aguda nos momentos iniciais, e caso haja sequelas ou manutenção do quadro de limitação, se tornar uma condição crônica<sup>1,13,14</sup>.

As condições crônicas em saúde são caracterizadas por um maior período de duração, evoluindo mais lentamente e associados a questões multifatoriais como hereditariedade, estilo de vida, condições socioeconômicas e exposição a fatores ambientais e fisiológicos. Essas condições vão além de doenças crônicas (como hipertensão, diabetes, obesidades) e doenças transmissíveis (Tuberculose,

hanseníase), abrangendo também condições de ciclos de vida (gestação, puerpério, puericultura), condições transitórias que interferem na saúde do indivíduo (pós trauma, pós acidente vascular encefálico) e condições mentais, metabólicas e estruturais, portanto qualquer condição crônica que envolva sofrimento do indivíduo além de uma patologia do modelo biomédico<sup>1,14</sup>.

Somado a essa mudança de tipologia, no Brasil, há um fenômeno complexo em relação à situação de saúde definido como tripla carga de doenças<sup>15</sup>. Na maioria dos países em desenvolvimento, espera-se que a transição epidemiológica resulte em redução da mortalidade por doenças infecciosas. Porém, apesar dos avanços da cobertura do Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil, há uma persistência de doenças transmissíveis infecciosas e agravos relacionados às desigualdades socioeconômicas, como por exemplo alto índice de morte materno-infanti<sup>16</sup>.

Além disso, há o processo de transição demográfica, com maior envelhecimento da população e aumento do número de doenças crônicas não transmissíveis, e ainda há predomínio das causas externas como acidentes e mortes violentas. Por isso, há quatro principais dimensões concomitantes que interferem nas condições de saúde no Brasil: a transição demográfica, a transição nutricional contribui para o aumento de casos de sobrepeso e obesidade, a transição tecnológica traz o paradoxo de integrar novas tecnologias eficazes, e a transição epidemiológica resulta em uma carga tripla de doenças. Essas transformações reforçam o crescimento relativo das doenças crônicas como predominantes na saúde pública<sup>14,16</sup>.

Estima-se que mais da metade das mortes no Brasil sejam causadas por DCNT, sendo a principal causa de morte dos 30 aos 69 anos<sup>2</sup>. De acordo com a OMS, as condições crônicas em saúde são responsáveis por 41 milhões de mortes anualmente, dentre as mais frequentes estão as condições cardiovasculares, neoplasias e diabetes mellitus, e essas condições crônicas resultam em 80% dos óbitos mundiais<sup>3</sup>. Contudo, estima-se que apenas 25% das pessoas com condições crônicas em saúde consigam acesso a assistência e somente metade delas consegue atingir as metas desejadas de controle de suas condições<sup>1,3</sup>.

Ainda há dificuldade na literatura de encontrar dados quanto às condições crônicas em saúde no Brasil. Muitos estudos ainda trazem referência a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como agravos crônicos, por exemplo hipertensão, diabetes e dislipidemia, não abordando as demais situações acrescidas na nova categorização ocorrida em 2003. Em em 2013, cerca de 45,1% dos brasileiros referiam ter pelo menos um diagnóstico de uma DCNT, sendo as mais prevalentes problemas na coluna (18,5%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e

diabetes mellitus (6,2%), excluindo-se hipertensão arterial nesse quantitativo<sup>17</sup>.

Já em 2019, segundo o IBGE, cerca de 50% da população brasileira já tinha recebido diagnóstico de alguma DCNT, tendo grande influência dos fatores de risco do sedentarismo, tabagismo e uso de álcool<sup>18</sup>. As DCNT foram responsáveis por 41,8% dos óbitos no Brasil também em 2019. Nesse ano, de acordo com o Painel de indicadores em Saúde da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a prevalência de hipertensão arterial diagnosticada por médico foi de 23,9%, a de problemas crônicos de coluna foi de 21,6 %, hipercolesterolemia foi de 14,6 %, diabetes foi de 7,7%, problemas cardíacos foi 5,3%, depressão foi 10,2% e câncer foi de 2,6%<sup>19</sup>.

Observa-se que houve aumento da prevalência de condições crônicas em saúde ao longo dos anos. Isso traz implicações diretas e indiretas nos custos em saúde, que vêm aumentando ao longo dos últimos 5 anos no Brasil. Um dos maiores impactos foi no preço dos medicamentos (tendo um aumento de 88%), seguidos dos preços de previdência social e custos associados à morbidade<sup>20</sup>. Estima-se que até 2030 sejam gastos 4,2 bilhões de reais em DCNT pelo Sistema único de Saúde, principalmente associado com sobrepeso e obesidade<sup>21</sup>.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Condições Crônicas não transmissíveis, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para controle das DCNT e trabalhar com o fortalecimento de serviços de saúde que prestam atendimento às condições crônicas. O Plano apresenta ações de prevenção, vigilância epidemiológica, avaliação, monitoramento, promoção e cuidado integral à saúde nas Redes de Atenção, com foco na Atenção Primária como coordenadora do cuidado<sup>3</sup>.

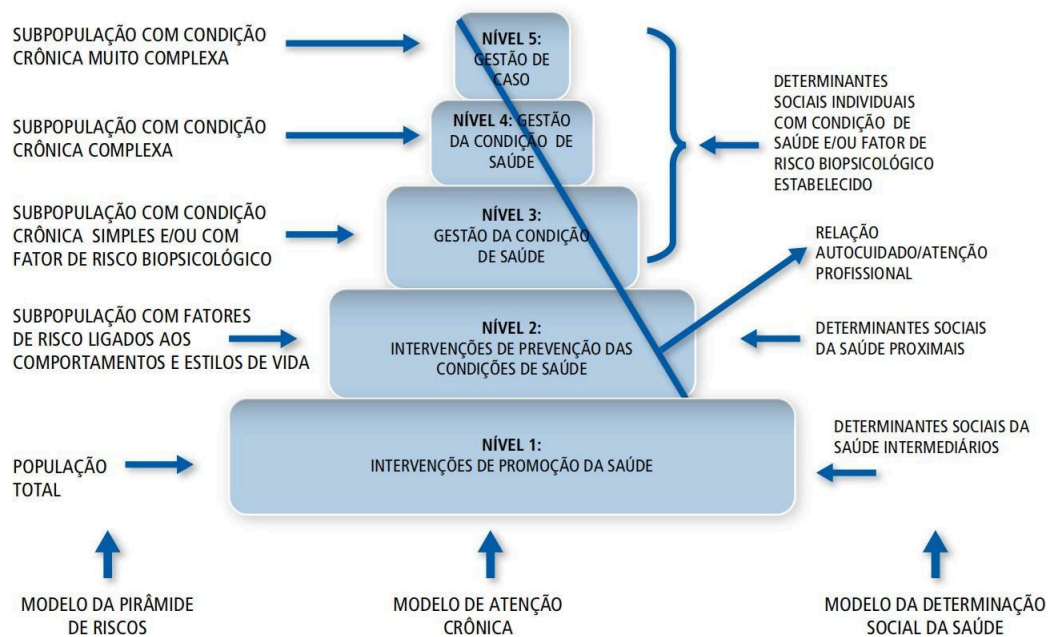
Atualmente, encontra-se em vigor a edição do Plano de DCNT 2021-2030. Esse documento traz o monitoramento das seguintes metas colocadas no Plano anterior de 2011- 2022. Dentre as metas atingidas estão: reduzir a prevalência de tabagismo em 30%, aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%, aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10% e aumentar a cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos para 70%. As demais não foram atingidas totalmente, sendo elas: reduzir a mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano; reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%, deter o crescimento da obesidade em adultos, aumentar a cobertura de Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade nos últimos três anos para 85%<sup>22</sup>.

Este documento contém 226 ações estratégicas para enfrentamento dos agravos crônicos não transmissíveis divididas nos eixos de na promoção da saúde, atenção integral à saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde, cujo objetivo é indicar como alcançar as metas do Plano<sup>22</sup>. Isso remete à discussão sobre a necessidade de um modelo que organize a assistência à saúde das pessoas, por se tratar de condições crônicas complexas que exigem ações desde a redução da exposição a fatores de risco até a integração da rede de assistência para condições mais grave acionando gestão dos níveis de atenção à saúde<sup>1</sup>.

Diante da nova conceitualização envolvendo condições crônicas em saúde, há necessidade de ampliar a discussão, já que apenas o Plano de Enfrentamento de DCNT não seria suficiente para atender a complexidade do conjunto maior que corresponde às condições crônicas em saúde<sup>1,4</sup>. Como forma de gestão dessas condições, foi proposto o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), com base nos referenciais desenvolvidos em 1998 pela *Mac Coll Institute for Health Care Innovation*. De acordo com Mendes, o cuidado das condições crônicas em saúde envolve definir papéis, integração dos serviços de saúde, planejamento e monitoramento do cuidado e participação da comunidade para se preparem para o autocuidado<sup>1,23</sup>.

O MACC proposto por Mendes tem por base três outros modelos: o modelo de Atenção Crônica (proposto por Wagner em 2002 e que foi usado de referência para o Plano de Enfrentamento à DCNT 2011-2022), o Modelo da Pirâmide de Risco (desenvolvido por Kaiser Beacon no Estados Unidos) e o Modelo de Determinação Social da Saúde desenvolvido por Dahlgren e Whitehead. Esse MACC foi estruturado para ser desenvolvido na realidade do Sistema único de Saúde no Brasil (Figura 1)<sup>1</sup>.

**Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)**



Fonte: Mendes<sup>1</sup>

O MACC se organiza em cinco níveis de cuidado de acordo com as subpopulações por estratos de risco. No nível 1, está a população total exposta a determinantes sociais de saúde intermediários, em que visa-se as intervenções populacionais gerais e ações de promoção da saúde, por meio de projetos executados de forma intersetorial. No nível 2 estão as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (tabagismo, sobrepeso, sedentarismo, usuários de álcool, alimentação inadequada e com estresse exacerbado), e o foco está em estratégias de prevenção<sup>1</sup>.

Já nos níveis 3 e 4 estão os indivíduos com condições em saúde já estabelecida simples ou complexa respectivamente, abordam os indivíduos já portadores de condições crônicas simples ou presença de fatores de risco biopsicológicos, em que se valoriza a cooperação do cuidado entre generalistas e especialistas focais. As intervenções visam gestão da clínica e tecnologias de apoio ao autocuidado. Já no nível 5 estão os indivíduos com condições crônicas complexas que exigem ações específicas para cada caso, demandando gestão do caso para coordenação do cuidado das pessoas nos diversos pontos da rede de assistência à saúde<sup>1</sup>.

A partir do nível 3, a gestão do cuidado já se dá por meio de linhas de cuidado para cada condição crônica em saúde, objetivando a estratificação dos riscos e organização do fluxo assistencial do indivíduo ao longo da rede de assistência à

saúde. O MACC articula ações em âmbito macro (por meio de políticas públicas), em âmbito meso (por meio da organização da saúde e comunidade e em âmbito micro (por meio da relação da equipe e da pessoa)<sup>1</sup>. Por isso, a estruturação de linhas de cuidado às condições crônicas de saúde servem de suporte para a aplicação prática do MACC no sistema único de saúde<sup>1,24</sup>.

### **3.2 Linhas de cuidado**

As linhas de cuidado são fluxos assistenciais fundamentais que devem ser garantidos aos usuários para atender de maneira eficiente às suas diversas necessidades de saúde. Estas linhas de cuidado delineiam as ações e os serviços que precisam ser desenvolvidos em todos os níveis de atenção de uma rede, abrangendo os níveis primário, secundário e terciário, bem como os sistemas de apoio. Dessa forma, a linha de cuidado esboça o itinerário terapêutico dos usuários dentro da rede de saúde e deve ser claramente definida<sup>25</sup>.

Em outro conceito, linhas de cuidado "podem ser definidas como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico-sanitário, a ser ofertado de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde". O conceito de linhas de cuidado tem ganhado destaque na forma de organização das redes de saúde no Brasil<sup>26</sup>.

Uma linha cuidado trata de descrever o itinerário do paciente no sistema e contem um conjunto de informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação a serem desenvolvidas nas unidades de atenção à saúde, bem como informações relativas aos recursos envolvidos nesses processos em cada uma dessas unidades<sup>27</sup>.

A linha de cuidado se inicia quando o usuário entra em qualquer ponto do sistema de saúde. A partir desse ponto, começa a trajetória do cuidado de acordo com as necessidades específicas do usuário, englobando desde os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico até as especialidades, a atenção hospitalar e outros serviços disponíveis na rede. Devido à sua complexidade, as condições crônicas demandam não apenas protocolos e diretrizes, mas também uma combinação de diversas políticas nacionais para um enfrentamento eficaz por meio de macro e microprocessos<sup>24</sup>.



Em 2020, foi lançado o projeto Linhas de cuidado, liderado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS), em parceria com o Instituto para Avaliação de Tecnologia em Saúde (IATS) e "tem como objetivos orientar o serviço de saúde, demonstrar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção, além de estabelecer o percurso assistencial ideal dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades"<sup>28</sup>.

Foram elaboradas 24 linhas de cuidados no SUS, buscando a melhoria do cuidado das condições crônicas em saúde prioritárias no Brasil. Essas linhas contam com ações desde a prevenção, orientações técnicas, relação de medicamentos, fluxos de atendimento, fluxos de encaminhamentos. O guia é de acesso digital e interativo que possui orientações de macroatividades desde a suspeita diagnóstica de alguma condição em saúde, confirmação diagnóstica, regulação, planejamento terapêutico e prevenção secundária<sup>28</sup>.

As linhas de cuidados elaboradas foram para as seguintes condições: Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Adulto, Asma, câncer de mama, depressão no adulto, diabetes Mellitus tipo 2, doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doença Renal Crônica (DRC) em Adultos, dor lombar, dor torácica, hepatites virais, hipertensão arterial sistêmica (HAS) no Adulto, HIV / Aids no adulto, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC) no adulto, Obesidade no adulto, Pessoas com Demência, Puericultura e Hebicultura, Tabagismo, Transtornos de Ansiedade no adulto, Transtornos por uso de álcool no adulto, Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança e Síndrome de infecção congênita pelo vírus Zika (SCZ)<sup>28</sup>.

Cada linha de cuidado traz um conjunto de informações como a definição da doença, processo diagnóstico e terapêutico, orientações para o paciente, a relação de medicamentos, definição e manejo de eventos agudos, bem como o guia de fluxo completo e orientações para o gestor de saúde<sup>28</sup>. Considerando as DCNT mais prevalentes no Brasil, há também algumas iniciativas de estados brasileiros que construíram linhas de cuidado (ou linhas-guias) adaptadas à realidade de suas respectivas regiões.

Uma das primeiras iniciativas foi do estado do Paraná com a construção das linhas de cuidado (linhas guia) em hipertensão arterial, diabetes mellitus e saúde do idoso, publicadas em 2018<sup>29,30,31</sup>. No mesmo ano, o estado de São Paulo publicou as linhas de cuidado em hipertensão arterial e diabetes mellitus<sup>32,33</sup>. Em seguida, há as linhas de cuidado de Santa Catarina, publicadas em 2019, que são: hipertensão

arterial, diabetes mellitus, saúde bucal, saúde da pessoa idosa, sobrepeso e obesidade, materno-infantil, saúde mental e pessoas em situação de violência sexual<sup>34</sup>. Em 2021, há a linha de cuidado de doenças negligenciadas do estado do Piauí<sup>35</sup>.

Na Bahia, em 2020, foi publicada a primeira linha de cuidado para pessoas vivendo com o vírus HTLV, por meio da Portaria N° 460, de 19 de novembro de 2020 do Governo do Estado<sup>36</sup>. Em Salvador, em 2022, foi publicada portaria para lançamento da linha de cuidado em anemia falciforme (apesar da mesma ter sido redigida em 2019)<sup>37</sup>. Nesse ano de 2024, foi lançada a linha de cuidado em diabetes pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador<sup>38</sup>. Cabe ressaltar que segundo o Panorama do Instituto de estudos em políticas em saúde de 2021, nenhum dos municípios brasileiros tinham as linhas de cuidado 100% implantadas<sup>24</sup>.

### **3.3 Gestão do cuidado**

A gestão do cuidado pode ser definida como o uso de tecnologias para o manejo das condições de saúde de acordo com as necessidades do indivíduo, por meio da disponibilização de micro ou macro tecnologias visando a saúde do indivíduo, ou seja, o completo bem estar físico, social e espiritual, a segurança e autonomia<sup>39</sup>. Cuidado significa promover e disponibilizar ferramentas de saúde conforme a necessidade de cada pessoa a fim de proporcionar o bem estar físico, psicológico e social<sup>1,39</sup>.

O cuidado pode ser dividido em três dimensões: profissional, organizacional e sistêmica. A "dimensão profissional" é considerada o "núcleo duro" da gestão do cuidado, ocorrendo no momento do encontro entre o trabalhador ou a equipe e o usuário. Este encontro cria um "espaço intercessor" entre aqueles que apresentam necessidades de saúde e aqueles que se dispõem a cuidar, sendo um espaço de grande potência criativa. Esse espaço é atravessado por determinantes externos, como organizações, crenças e formação, que influenciam tanto as equipes quanto os usuários. No entanto, ele também é marcado por um importante grau de liberdade e responsabilidade na ação dos trabalhadores<sup>40</sup>.

A "dimensão organizacional" da gestão do cuidado, conhecida como o "círculo do meio", institucionaliza as práticas de saúde dentro da organização<sup>40</sup>. No contexto da Assistência Domiciliar (AD), porém, esse cuidado ocorre no domicílio do usuário, sem a estrutura institucional. Nessa dimensão, as relações de trabalho tornam-se mais complexas, envolvendo novos atores e questões. A fragmentação das práticas,

decorrente da divisão técnica do trabalho, exige um esforço considerável para coordenar o processo de trabalho<sup>39,40</sup>.

Na "dimensão profissional", a gestão do cuidado é realizada em um espaço privativo entre trabalhador e usuário. Já na "dimensão organizacional", é necessário registrar e utilizar informações, criar espaços de diálogo, promover trocas entre trabalhadores, organizar o processo de trabalho e dividir responsabilidades. Essa abordagem requer uma lógica gerencial distinta, com foco na dinâmica de relacionamento da equipe<sup>40</sup>.

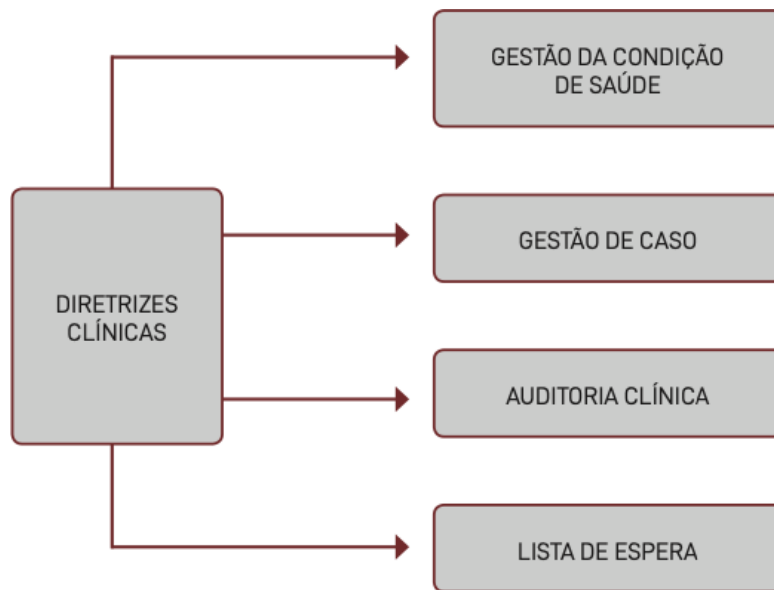
A "dimensão sistêmica" da gestão do cuidado abrange a existência de serviços de saúde com diferentes papéis e níveis tecnológicos que precisam se comunicar para garantir a integralidade da assistência. Essa dimensão é regulamentada por protocolos, sistemas de referência e contrarreferência, e centrais de regulação. A gestão dessa rede de cuidados é essencial para assegurar que os usuários tenham acesso às tecnologias de saúde necessárias. Essa dimensão pode ser analisada à luz do conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>40</sup>.

Nesse sentido, o cuidado surge na soma de decisões multidimensionais quanto ao uso das tecnologias em prol do que é mais adequado para o paciente, mediante a integralidade das suas necessidades e do contexto que essas necessidades são produzidas. em uma visão macroscópica, a gestão do cuidado, portanto, organiza a linha de cuidado de cada indivíduo, ou seja, a articulação dos pontos de atenção ao longo do percurso do indivíduo na rede de atenção. A microgestão de cada ponto de atenção da RAS pode ser definida como gestão da clínica<sup>41</sup>.

A gestão clínica pode ser vista como o uso de tecnologias voltadas para a microgestão dos serviços de saúde, com o objetivo de garantir padrões elevados de prática clínica, aumentar a eficiência, reduzir riscos para pacientes e profissionais, oferecer serviços eficazes e aprimorar a qualidade da assistência em saúde<sup>42,43</sup>. Já a gestão do cuidado abrange a coordenação, melhoria e integralidade dos serviços de saúde envolvendo os macroprocessos de atenção à saúde<sup>41</sup>.

Na gestão da clínica, há foco na gestão das tecnologias de gestão da clínica, essenciais para mediar os processos que envolvem a autonomia dos profissionais na organização do cuidado centrado em cada paciente e de acordo com a medicina baseada em evidências. Essas tecnologias são descritas como gestão de casos, gestão de patologia, adoção de diretrizes clínicas e monitoramento de indicadores de processo e resultado, conforme representado na Figura 2.

Figura 2 – As tecnologias de gestão da clínica.



Fonte: Mendes<sup>1</sup>

Na gestão do cuidado também há elementos essenciais para gestão do cuidado: acolhimento, clínica ampliada, apoio matricial e projeto terapêutico singular<sup>39</sup>. O Acolhimento é definido como forma de acesso e forma organização de serviços de saúde, trata-se de uma diretriz ética descrita na Política Nacional de Humanização do SUS de 2003<sup>44</sup>. O conceito de clínica ampliada visa escuta qualificada, acesso e intersetorialidade com foco em resolução dos problemas do indivíduo. O apoio matricial consiste na desburocratização e a desfragmentação do cuidado, facilitando a comunicação e integração com as equipes de referência. E o projeto terapêutico singular compreende um conjunto de condutas, ações e medidas, tanto clínicas quanto não clínicas, elaboradas para abordar as necessidades de saúde de um indivíduo ou grupo específico, com apoio multidisciplinar<sup>41</sup>.

No contexto da atenção primária, há fragilidades na gestão do cuidado oferecido pela Estratégia de Saúde da Família, destacando a dificuldade de cobertura, vínculo, acolhimento, integração entre os serviços, capacitação e formação dos profissionais destacando a necessidade de desenvolver meios para melhorar as ações e intervenções implementadas por ela. Compete aos gestores promover o compartilhamento de conhecimento e experiências para aprimorar os serviços de saúde e a qualidade da gestão, com implementação de estratégias de cuidado focadas no paciente<sup>45</sup>.

Na atenção primária em Salvador, a gestão da saúde conta a gestão estratégica por meio da diretoria estratégica de planejamento e gestão - DEPG. Através do guia de planejamento em saúde da Secretaria municipal de saúde de

Salvador, há elaboração de documentos como o Plano municipal de saúde, instrumento central do planejamento de ações dos períodos de 4 anos<sup>46</sup>. Atualmente está em vigor o Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (PMDANT) 2022-2030, que apesar de ainda utilizar do termo DCNT, o documento norteia a gestão das condições crônicas em saúde em Salvador<sup>47</sup>.

Cabe ressaltar que o PMDANT publicado em 2022 foi redigido de forma multiprofissional, contando com médicos de família na construção do documento. Em 2022, Salvador contava com 56,36% de cobertura de APS para a população total, ainda contando o desafio mudança para o olhar ampliado do cuidado. A rede contava com 155 unidades de APS, sendo 46 unidades sem estratégia de saúde da família (ESF) e 109 com ESF<sup>47</sup>. Diante de um cenário marcado por um aumento na morbimortalidade das doenças crônicas e uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o papel dos Ambulatórios Docente-Assistenciais vem se tornando cada vez mais importante para melhoria da gestão do cuidado dos indivíduos.

### **3.4 Competências da Medicina de Família e Comunidade**

Tradicionalmente, relaciona-se a APS com ESF e a com a medicina de família e comunidade. Porém, a origem da APS encontra-se em meados de 1920, entendida como o primeiro contato e o primeiro elemento no processo de cuidado do indivíduo, levando atenção à saúde mais próximo do local onde as pessoas vivem. No Brasil, a forma de implantar a APS foi a ESF, (oriundo do Programa de Agentes Comunitário de Saúde), criada em 1994 com o objetivo de promoção, prevenção e reabilitação da saúde das pessoas de forma longitudinal<sup>48</sup>.

A política nacional de atenção básica (PNAB) define a equipe multiprofissional básica da ESF composta por agentes comunitários de saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família e o médico generalista ou médico de família e comunidade (MFC)<sup>49</sup>. Essa especialidade é reconhecida pela Comissão Nacional de Residências Médicas desde 1981, e é originária dos clínicos gerais dos Estados Unidos. O contexto de atuação do médico de família ainda é predominantemente na APS, porém há um avanço para o setor privado, hospitalar e de atenção domiciliar<sup>50</sup>.

O programa de residência médica em MFC tem duração de dois anos, com 2880 horas, contando com 60 horas semanais de serviço, divididos em: mínimo 60%

da carga horária anual em unidades de cuidados primários de saúde (unidades de saúde em área urbana e rural, centros de saúde e unidades básicas), mínimo de 10% da carga horária anual em unidades de cuidados secundários e terciários de saúde (hospitais gerais ou especializados) e mínimo de 10% da carga horária anual em comunidades (domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer)<sup>51</sup>. Os objetivos pedagógicos do programa de residência em MFC são definidos por competências (conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes) por ano de treinamento<sup>52</sup>.

Na Matriz de Competências da Medicina de Família e Comunidade, há delimitação de competências a serem adquiridas ao longo do primeiro e segundo ano de residência médica, seccionados por áreas: princípios da atenção primária, saúde coletiva, Abordagens (individual, familiar e comunitária); Raciocínio clínico; Pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência; Gestão e Organização do Processo de Trabalho; Trabalho em equipe multidisciplinar; Avaliação da qualidade e auditoria; Vigilância em Saúde; Atenção à Saúde (abordagem a problema gerais e específicos por sistemas)<sup>52</sup>.

Destaca-se o campo da Gestão e organização do processo de trabalho, em que o residente de medicina de família e comunidade pode adquirir as seguintes habilidades: 1) gestão da agenda, consultas, demandas espontâneas e tarefas administrativas (como preenchimento de planilhas, notificação e demandas da gestão municipal); 2) habilidades na gestão da clínica por meio de estratificação de risco ao atendimento de demanda espontânea (sintomáticos respiratórios ou arboviroses), atendimento a grupos de risco, marcação de teleconsultas e telemonitoramento<sup>52</sup>.

Ainda nesse campo, também é possível adquirir as seguintes habilidades: 3) avaliação e contato com a rede de atenção à saúde frente a função de serviços de diferentes complexidades (como unidades de pronto atendimento, SAMU, hospitais); 4) habilidades de diálogo com gestão, participando ativamente do processo de construção dos fluxos; 5) domínio dos os sistemas de informação (*e-notifica*, SINAN, prontuário eletrônico) que permeiam o atendimento. No campo de Trabalho em equipe multidisciplinar, a atuação dos residentes na APS visa permitir estímulo ao trabalho em equipe, já que há presença de enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais da administração e da higienização<sup>52</sup>.

Um dos campos de fomento à formação de MFC são os ambulatórios docente- assistenciais nas Instituições de Ensino<sup>51</sup>. O ambulatório da Comunidade (AC) da

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) foi inaugurado em 2018, com objetivo de realizar atendimento integral aos diversos ciclos de vida no âmbito do SUS. Esse espaço foi projetado para atendimento de forma humana e ética por médicos de família e comunidade, sendo porta de entrada do acesso aos demais ambulatorios da EBMSP. Está localizado no campus de Brotas, em Salvador, e é um dos cenários de atuação dos residentes do programa de medicina de família e comunidade da EBMSP<sup>53</sup>.

O AC é organizado em um espaço que conta com 09 salas de atendimento e 01 sala de vacina. As salas são estruturadas para atendimento de qualquer ciclo de vida (criança, gestante, adulto ou idoso), contando com macas articuláveis e instrumentos necessários para ceder cuidado às principais condições de saúde do indivíduo. Há uma estrutura de abordagem inicial a demandas espontâneas e a emergências clínicas com medicamentos de suporte semelhante a uma sala de acolhimento da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, é possível realizar procedimentos como coleta de preventivo ginecológico, vacinação e testagem rápida de infecções sexualmente transmissíveis<sup>53,54</sup>.

Esse espaço tem se destacado por apoiar a ampliação de acesso dos usuários ao SUS na cidade de Salvador. Há desafios na estruturação do fluxo de atendimento no AC, já que a marcação para esse não ocorre em via referenciamento das Unidade de Saúde da Família nem via vagas de regulação. Ainda não há uma diretiva clara de priorização de fluxos e critérios de encaminhamentos para os demais especialidades focais dentro dos ambulatorios da EBMSP. Nisso, há relevância da participação do residente de MFC para contribuição na discussão acadêmica e atualizações baseados em evidência e na clínica centrada na pessoa.

## **4 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de corte transversal, analítico, descritivo para avaliar um modelo de gestão do cuidado. Este utilizará dados secundários através da análise de prontuários.

### **4.1 População do Estudo**

Foi realizada análise de dados dos prontuários de pacientes atendidos no ambulatório docente assistencial da comunidade (AC) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública atendidos de janeiro de 2022 a janeiro de 2023.

### **4.2 Local do Estudo**

O ambulatório da Comunidade (AC) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) foi inaugurado em 2018, com objetivo de realizar atendimento integral aos diversos ciclos de vida no âmbito do SUS. Esse espaço foi projetado para atendimento de forma humana e ética por médicos de família e comunidade, sendo porta de entrada do acesso aos demais ambulatórios da EBMSP. Está localizado no campus de Brotas, em Salvador, e é um dos cenários de atuação dos residentes do programa de medicina de família e comunidade da EBMSP.

O AC é organizado em um espaço que conta com 09 salas de atendimento e 01 sala de vacina. As salas são estruturadas para atendimento de qualquer ciclo de vida (criança, gestante, adulto ou idoso), contando com macas articuláveis e instrumentos necessários para ceder cuidado às principais condições de saúde do indivíduo. Há uma estrutura de abordagem inicial a demandas espontâneas e a emergências clínicas com medicamentos de suporte semelhante a uma sala de acolhimento da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, é possível realizar procedimentos como coleta de preventivo ginecológico, vacinação e testagem rápida de infecções sexualmente transmissíveis<sup>53,54</sup>.



Esse espaço tem se destacado por apoiar a ampliação de acesso dos usuários ao SUS na cidade de Salvador. Há desafios na estruturação do fluxo de atendimento no AC, já que a marcação para esse não ocorre em via referenciamento das Unidade de Saúde da Família nem via vagas de regulação. Ainda não há uma diretiva clara de priorização de fluxos e critérios de encaminhamentos para os demais especialidades focais dentro dos ambulatórios da EBMSF. Nisso, há relevância da participação do residente de MFC para contribuição na discussão acadêmica e atualizações baseados em evidência e na clínica centrada na pessoa.

### **4.3 Amostra do estudo**

Dos 2131 pacientes atendidos no ano de janeiro de 2022 a janeiro de 2023, foram coletados 385 prontuários, separados de segunda a sexta-feira com amostra mínima de 20-30% prontuários por dia, a fim de garantir a homogeneidade. A coleta seguiu de acordo com os dados descritos nos prontuários validados por médicos de família (docentes do AC). A população alvo foram pacientes atendidos no Ambulatório de Medicina Família e Comunidade no período de janeiro de 2022 a janeiro de 2023. Para o cálculo amostral foi utilizado o OpenEpi (disponível em [www.openepi.com](http://www.openepi.com)), em que foi estimado amostra de 326 pacientes, considerando um intervalo de confiança de 95%, sendo que o total de pacientes nesse período corresponderam a 2.131. O cálculo pode ser conferido no Apêndice A.

### **4.4 Critérios de Elegibilidade**

Critérios de Inclusão

Foram incluídos prontuários de pacientes atendidos no serviço do AC no período de janeiro de 2022 a janeiro de 2023.

Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo prontuários com dados incompletos.

### **4.5 Plano de coleta dos dados**

A coleta dos dados foi realizada por meio do acesso remoto do prontuário eletrônico do SMART utilizado no AC conforme carta de anuência da coordenação da Instituição (APÊNDICE B). Os dados foram extraídos pela equipe de pesquisadores do período de março a setembro de 2024.

#### **4.6 Etapas metodológicas da pesquisa (Figura 3)**

##### 1º Etapa: Diagnóstico situacional

Foram coletadas as seguintes variáveis:

- Dados sociodemográficos (Sexo e idade);
- Medidas antropométricas (peso, altura e índice de massa corporal);
- Condições crônicas identificadas;
- Rede de assistência;
- Acompanhamento com equipe multidisciplinar (fisioterapia, psicologia, educação física);
- Critérios de Encaminhamentos para especialidades focais;

As variáveis foram apresentadas sobre a forma de estatística descritiva utilizando-se frequências e percentuais para variáveis categóricas; média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, para variáveis contínuas, a depender do padrão de normalidade. O nível de significância estatística adotado será um valor de  $p < 0,05$ .

Após análise dos dados dos prontuários, foi realizada tabulação dos dados no SPSS (Statistical Package for the Social Science) para análise descritiva.

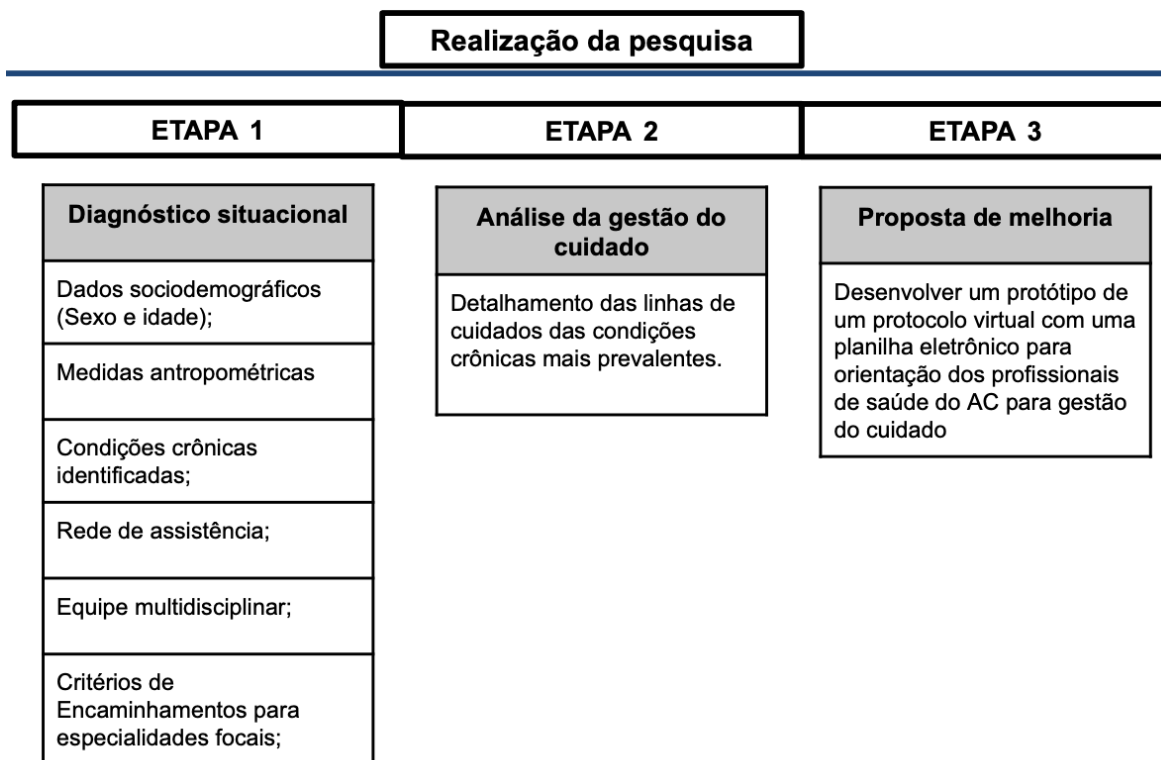
##### 2º Etapa: Análise da gestão do cuidado

Foi realizada análise dos dados para identificação e detalhamento das linhas de cuidados das condições crônicas mais prevalentes a fim de identificar como tem ocorrido a gestão dessas condições no Ambulatório da Comunidade (o itinerário do paciente ao longo do acompanhamento no AC e seus encaminhamentos). Foram descritos os critérios de encaminhamento para as especialidades focais.

##### 3º Etapa: Proposta de melhoria

Foi desenvolvido um protótipo de um protocolo virtual com uma planilha eletrônico para orientação dos profissionais de saúde do AC para gestão do cuidado e gestão da clínica no atendimento aos pacientes nas linhas do cuidado das condições crônicas mais prevalentes (APÊNDICE C).

Figura 3: Detalhamento das etapas metodológicas da pesquisa



Fonte: Autores.

#### 4.7 Plano de análise

As variáveis foram apresentadas sobre a forma de estatística descritiva utilizando-se frequências e percentuais para variáveis categóricas; média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, para variáveis contínuas, a depender do padrão de normalidade. Para tanto será realizado os testes de Kolmogorov-Smirnov.

#### 4.8 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EBMSp no dia 09 de março de 2024, com CAAE 77078724.1.0000.5544, Número do Parecer: 6.694.40. O estudo será conduzido de acordo com a resolução do CNS 466/12 de 12 de outubro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas envolvendo humanos.

## 5 RESULTADOS

Dos 2.131 pacientes atendidos no ano de janeiro de 2022 a janeiro de 2023, foram coletados de forma aleatória 385 prontuários.

### 1º Etapa: Diagnóstico situacional

A coleta dos dados ocorreu no período de março a setembro de 2024. Na Tabela 1, encontram-se os dados sociodemográficos da amostra obtida. Nesta pode ser verificada prevalência do sexo feminino, 71,9% e prevalência de sobrepeso e obesidade grau I.

**Tabela 1** – Perfil Demográfico de Pacientes Atendidos no AC. Salvador, Bahia, 2024

| Variáveis demográficas |           | n       | %         |
|------------------------|-----------|---------|-----------|
| Sexo                   | Feminino  | 277     | 71,9      |
|                        | Masculino | 108     | 28,1      |
|                        |           | Mediana | IQ        |
| Idade (anos)           |           | 58      | 45-67     |
| IMC (Kg/m)             |           | 28      | 24-33     |
| Peso (KG)              |           | 73      | 61-89     |
| Altura (metro)         |           | 1,60    | 1,53-1,68 |

Fonte: autores da pesquisa

Legenda: = IQ – Intervalo Interquartil

Na Tabela 2 constam os dados do perfil clínico, com as condições de saúde, sinais e sintomas mais prevalentes. Observa-se prevalência de pacientes hipertensos (57,7%) e dislipidêmicos (49,6%), seguidos dos diagnósticos com pré-diabetes e diabetes (insulino-dependentes e não insulino-dependentes), os quais representam 44% da amostra.

Dentre as queixas mais comuns, estavam ansiedade (17,7%), dor crônica (16,1%) e artralgia (15,3%).

**Tabela 2 – Perfil Clínico de Pacientes Atendidos no AC, Salvador, Bahia, 2024**

| <b>Variáveis</b>  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Quanto aos sinais, sintomas e comorbidades cardiovasculares</b>            |          |          |
| Pré-DM tipo 2   | 69       | 17,8     |
| DM 2 não-insulinodependente   | 43       | 11,2     |
| DM 2 insulinodependente   | 59       | 15,3     |
| Hipertensão Arterial  | 222      | 57,7     |
| Dislipidemia  | 191      | 49,6     |
| Insuficiência Cardíaca  | 8        | 2,1      |
| Doença Arterial Coronariana   | 15       | 13,9     |
| <b>Quanto aos sinais, sintomas e comorbidades osteomusculares</b>             |          |          |
| Artralgia   | 59       | 15,3     |
| Osteoartrose  | 54       | 14,0     |
| Lombalgia   | 51       | 13,2     |
| Fibromialgia  | 44       | 11,4     |
| Artrite Reumatoide  | 17       | 4,4      |
| <b>Quanto aos sinais, sintomas e comorbidades psicológicas e neurológicas</b> |          |          |
| Depressão   | 46       | 11,9     |
| Ansiedade   | 68       | 17,7     |
| Insônia   | 46       | 11,9     |
| Distúrbios de Personalidade   | 7        | 1,8      |
| Epilepsia   | 7        | 1,8      |
| Neuropatia  | 24       | 6,2      |
| Enxaqueca   | 22       | 5,7      |
| Tontura   | 18       | 4,7      |
| Cefaleia  | 43       | 11,2     |
| História de AVC   | 21       | 5,5      |
| <b>Demais sinais, sintomas e comorbidades</b>                                 |          |          |
| DPOC  | 4        | 1,0      |
| Dor Crônica   | 62       | 16,1     |
| Afecções de Pele  | 47       | 12,2     |
| Hipertireoidismo/ Hipotireoidismo   | 7        | 1,8      |
| Nódulo de Tireoide  | 21       | 5,5      |
| Anemia  | 16       | 4,2      |
| Sangramento Uterino Anormal   | 22       | 5,7      |
| Climatério  | 5        | 1,3      |

Fonte: autores da pesquisa

Legenda: = DM 2– Diabetes Mellitus tipo 2; AVC - Acidente Vascular Cerebral; DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

## 2º Etapa: Descrição da gestão do cuidado

Na Tabela 3, há descrição das especialidades focais que referenciam pacientes para acompanhamento com médico de família no AC, tendo predomínio da clínica médica.

**Tabela 3** - Especialidades focais que realizaram referenciamento para o AC. Salvador, Bahia, 2024

| <b>Especialidade focal</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|----------------------------|----------|----------|
| Clínica Médica             | 6        | 1,6%     |
| Cardiologia                | 2        | 0,5%     |
| Neurologia                 | 2        | 0,5%     |
| Reumatologia               | 2        | 0,5%     |
| Pneumologia                | 2        | 0,5%     |
| Ginecologia                | 2        | 0,5%     |
| Urologia                   | 1        | 0,2%     |
| Pediatria                  | 1        | 0,2%     |
| Gastroenterologia          | 1        | 0,2%     |

Fonte: autores da pesquisa.

Da amostra coleta, apenas 20 prontuários haviam mencionado acompanhamento conjunto no AC e em alguma Unidade de Saúde (Unidade básica de saúde ou Unidade de Saúde da família).

Na Tabela 4, observa-se predomínio de acompanhamento com psicologia e fisioterapia dentro da equipe multiprofissional da EBMSP.

**Tabela 4** - Número de pacientes acompanhados por equipe multiprofissional no AC. Salvador, Bahia, 2024

| <b>Categoria profissional</b>  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------|----------|----------|
| Psicologia                     | 33       | 8,6%     |
| Fisioterapia                   | 28       | 7,3%     |
| Clínica ampliada de enfermagem | 10       | 2,6%     |
| Educação física                | 8        | 2,1%     |
| Serviço social                 | 1        | 0,2%     |

Fonte: autores da pesquisa.

Na Tabela 5, há descrição dos critérios de encaminhamento do AC para especialidades focais de acordo com os motivos descritos no prontuário. Observa-se grande quantidade de encaminhamentos sem critérios descritos claramente no prontuário para as especialidades de neurologia, cardiologia, reumatologia, psiquiatria e endocrinologia.

**Tabela 5** - Critérios e números de encaminhamentos para especialidades focais no AC Salvador, Bahia, 2024

| <b>Especialidade focal Critério</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------|----------|----------|
| Neurologia                          |          |          |
| Enxaqueca                           | 6        | 1,6%     |
| Alteração na memória Pós- AVC*      | 5        | 1,3%     |
| Epilepsia                           | 4        | 1,0%     |
| Sem critério estabelecido           | 2        | 0,5%     |
|                                     | 15       | 3,9%     |
| Cardiologia                         |          |          |
| DAC/ Angina                         | 3        | 0,8%     |
| Alteração em ECG                    |          |          |
|                                     | 2        | 0,5%     |
| Realização de MAPA                  |          |          |
|                                     | 2        | 0,5%     |
| HAS resistente                      |          |          |
|                                     | 3        | 0,8%     |
| Sem critério estabelecido           |          |          |
|                                     | 8        | 2,1%     |
| Oftalmologia                        |          |          |
| Realização de fundoscopia           |          |          |
|                                     | 8        | 2,1%     |
| Erro de refração                    |          |          |
|                                     | 4        | 1,0%     |
| Catarata                            |          |          |
|                                     | 2        | 0,5%     |
| Acompanhamento de HAS               |          |          |
|                                     | 1        | 0,2%     |
| Pneumologia                         |          |          |
| Asma grave                          |          |          |
|                                     | 2        | 0,5%     |
| DPOC grave                          |          |          |
|                                     | 1        | 0,2%     |
| Tabagismo                           |          |          |
|                                     | 2        | 0,5%     |
| Nódulo pulmonar                     |          |          |
|                                     | 1        | 0,2%     |
| Dermatologia                        |          |          |
| Realização de biópsia de pele       |          |          |
|                                     | 4        | 1,0%     |
| Lesões atípicas                     |          |          |
|                                     | 3        | 0,8%     |



|                       |   |      |
|-----------------------|---|------|
| Dermatite             | 2 | 0,5% |
| Pitíriase versicolor  | 2 | 0,5% |
| Verruga               | 2 | 0,5% |
| Melasma               | 1 | 0,2% |
| Ceratose actínica     | 1 | 0,2% |
| Psoríase              | 1 | 0,2% |
| HF de Câncer de pele  | 1 | 0,2% |
| Gastroenterologista   |   |      |
| Gastrite crônica      | 8 | 2,1% |
| Alteração em EDA      | 2 | 0,5% |
| Pâncreas senil        | 2 | 0,5% |
| Dispepsia             | 1 | 0,2% |
| Retocolite ulcerativa | 1 | 0,2% |
| Disfagia              | 1 | 0,2% |
| Hérnia hiatal         | 1 | 0,2% |
| Diarreia crônica      | 1 | 0,2% |

---

**Tabela 5** - Critérios e números de encaminhamentos para especialidades focais no AC Salvador, Bahia, 2024 (continuação)

| <b>Especialidade focal</b>               | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Reumatologia</b>                      |          |          |
| Artrite reumatoide                       | 2        | 0,5%     |
| Fibromialgia                             | 3        | 0,8%     |
| Resultado de FAN positivo                | 1        | 0,2%     |
| Artralgia                                | 4        | 1,0%     |
| Sem critério estabelecido                | 4        | 1,0%     |
| <b>Ginecologia</b>                       |          |          |
| Paciente sem acompanhamento ginecológico | 20       | 5,2%     |
| Realização de preventivo                 | 15       | 3,9%     |
| Síndrome de ováripolicísticos            | 1        | 0,2%     |
| Corrimento vaginal                       | 2        | 0,2%     |
| Sangramento uterino anormal              | 2        | 0,5%     |
| Incontinência urinária                   | 2        | 0,5%     |
| Climatério                               | 5        | 0,5%     |
| Nódulo em mama                           | 3        | 1,3%     |

**Tabela 5** - Critérios e números de encaminhamentos para especialidades focais no AC Salvador, Bahia, 2024 (continuação)

---

|                           |    |      |
|---------------------------|----|------|
|                           |    | 0,8% |
| Psiquiatria               |    |      |
| Depressão                 | 4  | 1,0% |
| Síndrome do pânico        | 1  | 0,2% |
| Luto                      | 1  | 0,2% |
| Sem critério estabelecido | 20 | 5,2% |
| Endocrinologia            |    |      |
| Nódulo tireoidiano        | 1  | 0,2% |
| Doença de Graves          | 1  | 0,2% |
| Sem critério estabelecido | 2  | 0,5% |
| Pequenas cirurgias        |    |      |
| Cisto epidermoide         | 2  | 0,5% |
| Nodulação em pele         | 1  | 0,2% |
| Exérese de lesão          | 1  | 0,2% |
| Drenagem de abscesso      | 1  | 0,2% |

---

Fonte: autores da pesquisa

### **3º Etapa: Proposta de melhoria**


Tendo em vista a prevalência dessas duas condições crônicas (HAS e DM) na população atendida no AC e a linha de cuidado de DM lançada em 2024, a proposta de melhoria de gestão do cuidado dessas condições visa criação de uma ferramenta tecnológica desenvolvida pelos autores. Com o recurso de uma planilha eletrônica, a ferramenta propõe-se a apoiar as decisões médicas da equipe docente-assistencial do AC com base nas competências do MFC<sup>52</sup>, especificidades do serviço e embasamento em evidências da literatura. Com acesso síncrono, o profissional pode gerar planos de cuidado de acordo com as variáveis apresentadas e ter acesso a recursos de estudo do caso.

A ferramenta opera de acordo com as etapas a serem preenchidas. Importante ressaltar no cabeçalho da ferramenta, pode ser preenchido os dados da instituição com número do cadastro nacional do estabelecimento de saúde (CNES) para que possa ser utilizado na geração automática de documentos como laudo de liberação de medicamento especializado (LME) e Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial (APAC), se for necessário na condução do caso. Pode ser acessada remotamente pelo link:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1FThouLwGTnDYPyehBNathIA6pzOtNKAg/edit?gid=784284818#gid=784284818>

No passo 1 (Dados do paciente e decisões clínicas), podem ser preenchidos dados do paciente como Nome e Cartão Nacional de Saúde (CNS), porém não são obrigatórios por se tratar de uma ferramenta virtual não vinculada ao prontuário eletrônico. Esses dados podem ser importantes para preenchimento da LME e APAC supracitadas. Em seguida, há as variáveis obrigatórias: idade, sexo, índice de massa corporal (IMC), vulnerabilidade, doença aterosclerótica, tabagismo, etilismo, exercício físico e saúde mental. (Figura 3)

Figura 3: Passo 1 (Dados do paciente e decisões clínicas) da planilha eletrônica Gestão do cuidado.

|  <b>GESTÃO DE CUIDADO</b> |  |
|--|--|
| NOME DO ESTABELECIMENTO  | ADAB AMBULATORIO DOCENTE E ASSISTENCIAL DA BAHIANA |
| CNES   | 2384779  |
| DADOS DO PACIENTE E DECISÕES CLÍNICAS  |  |
| NOME   |  |
| CNS  |  |
| Idade  | <18  |
| SEXO   | Feminino   |
| IMC  | <18  |
| Vulnerabilidade  | Não se aplica                                      |
| Doença aterosclerótica   | Não se aplica                                      |
| Tabagismo  | Não  |
| Linha cuidado Tabagismo  | Prevenção primária                                 |
| Etilismo   | Não  |
| Linha cuidado Etilismo #1  | Prevenção primária                                 |
| Linha cuidado Etilismo #2  | -  |
| Exercício físico   | Não  |
| Linha cuidado físico   | Encaminhar para ambulatório de educação física     |
| Saúde mental   | Não se aplica                                      |
| Saúde mental   | Prevenção primária                                 |

Fonte: autores da pesquisa.

A variável idade foi segmentada em: idade menor que 18 anos, entre 18 e 40 anos, entre 40 e 60 anos e maior que 60 anos. O índice de massa corporal (IMC) foi segmentado em menor que 18, entre 18 e 25, entre 25 e 27 e maior que 27 kg/m<sup>2</sup>. Foi utilizado esse critério a fim de incluir a classificação de obesidade na população idosa. A variável de vulnerabilidade foi destrinchada em deficiência mental, insuficiência familiar, insuficiência financeira e idoso frágil, com base nos dados coletados nos prontuários analisados.

Quanto à variável doença aterosclerótica, foram considerados os critérios oriundos da calculadora de risco cardiovascular da Sociedade Brasileira de cardiologia: acidente vascular encefálico prévio, angina estável ou instável, angioplastia prévia de coronárias, ataque isquêmico transitório prévio, cirurgia de revascularização miocárdica, Insuficiência cardíaca com fração de ejeção menor que 40%, infarto agudo do miocárdio prévio e não se aplica. Com a junção das variáveis, idade,

sexo, doença aterosclerótica, diabetes e hipertensão, é possível calcular o risco cardiovascular do paciente e indicar a meta de LDL correspondente. Caso seja preenchido não se aplica, orientar a prevenção primária (Figura 4).

Figura 4: Estratificação do risco cardiovascular.


| RISCO CARDIOVASCULAR       |                     |
|----------------------------|---------------------|
| ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO #1 | Seguir              |
| LDL > 190                  | Sim                 |
| ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO #2 | Risco intermediário |

| RISCO CARDIOVASCULAR       |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO #1 | Seguir                    |
| LDL > 190                  | Sim                       |
| ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO #2 | Alto risco cardiovascular |

Fonte: autores da pesquisa.

Caso o paciente seja tabagista (Tabagismo - SIM), a decisão clínica aparece em linha de cuidado Tabagismo: aplicar o teste de Fargeström (aparece no ícone ao lado - CLIQUE AQUI LINK) e encaminhar para o ambulatório de tabagismo. Caso o paciente não fume (Tabagismo - NÃO), orientar prevenção primária (Figura 5).

Figura 5: Passo 1 (Dados do paciente e decisões clínicas) da planilha eletrônica Gestão do cuidado - Decisão clínica Tabagismo.


|  <b>GESTÃO DE CUIDADO</b> |  |
|--|--|
| NOME DO ESTABELECIMENTO  | ADAB AMBULATORIO DOCENTE E ASSISTENCIAL DA BAHIANA               |
| CNES   | 2384779  |
| DADOS DO PACIENTE E DECISÕES CLÍNICAS  |  |
| NOME   |  |
| CNS  |  |
| Idade  | <18  |
| SEXO   | Feminino   |
| IMC  | <18  |
| Vulnerabilidade  | Não se aplica  |
| Doença aterosclerótica   | Angioplastia prévia das coronárias                               |
| Tabagismo  | Sim  |
| Linha cuidado Tabagismo  | Aplicar teste de Fargeström e encaminhar para Grupo de tabagismo |
| Etilismo   | Não  |
| Linha cuidado Etilismo #1  | Prevenção primária   |
| Linha cuidado Etilismo #2  | -  |
| Exercício físico   | Sim  |
| Linha cuidado físico   | Prevenção primária   |
| Saúde mental   | Não se aplica  |
| Saúde mental   | Prevenção primária   |

Fonte: autores da pesquisa.

Caso o paciente refira etilismo, a decisão clínica surge em 02 linhas de cuidado (Linha de cuidado Etilismo #1 e Linha de cuidado Etilismo #2): a primeira etapa aplicar escore CAGE (aparece no ícone ao lado - CLIQUE AQUI LINK), e a segunda, caso o escore CAGE seja maior ou igual a 2 pontos, encaminhar para

psiquiatra. Caso o paciente não seja etilista (Etilismo - NÃO), orientar a prevenção primária (Figura 6).

Figura 6: Passo 1 (Dados do paciente e decisões clínicas) da planilha eletrônica Gestão do cuidado - Decisão clínica Etilismo.

|  <b>GESTÃO DE CUIDADO</b> |  |
|--|--|
| NOME DO ESTABELECIMENTO  | ADAB AMBULATORIO DOCENTE E ASSISTENCIAL DA BAHIANA |
| CNS  | 2384779  |
| DADOS DO PACIENTE E DECISÕES CLINICAS  |  |
| NOME   |  |
| CNS  |  |
| Idade  | <18  |
| SEXO   | Feminino   |
| IMC  | <18  |
| Vulnerabilidade  | Não se aplica                                      |
| Doença aterosclerótica   | Não se aplica                                      |
| Tabagismo  | Não  |
| Linha cuidado Tabagismo  | Prevenção primária                                 |
| Etilismo   | Sim  |
| Linha cuidado Etilismo #1  | Aplicar CAGE                                       |
| Linha cuidado Etilismo #2  | Se CAGE for >=2, encaminhar para psiquiatria       |
| Exercício físico   | Sim  |
| Linha cuidado físico   | Prevenção primária                                 |
| Saúde mental   | Não se aplica                                      |
| Saúde mental   | Prevenção primária                                 |

Fonte: autores da pesquisa.

Quanto a variável de exercício físico, caso o paciente pratique exercício físico (SIM), orienta-se prevenção primária. Se não, encaminhar para o ambulatório de educação física (Figura 7).

Figura 7: Passo 1 (Dados do paciente e decisões clínicas) da planilha eletrônica Gestão do cuidado - Decisão clínica Exercício físico.

| DADOS DO PACIENTE E DECISÕES CLINICAS |  |
|---------------------------------------|--|
| NOME                                  |  |
| CNS                                   |  |
| Idade                                 | <18  |
| SEXO                                  | Feminino                                       |
| IMC                                   | <18  |
| Vulnerabilidade                       | Não se aplica                                  |
| Doença aterosclerótica                | Não se aplica                                  |
| Tabagismo                             | Não  |
| Linha cuidado Tabagismo               | Prevenção primária                             |
| Etilismo                              | Não  |
| Linha cuidado Etilismo #1             | Prevenção primária                             |
| Linha cuidado Etilismo #2             | -  |
| Exercício físico                      | Não  |
| Linha cuidado físico                  | Encaminhar para ambulatório de educação física |
| Saúde mental                          | Não se aplica                                  |
| Saúde mental                          | Prevenção primária                             |

Fonte: autores da pesquisa.

Em saúde mental, foram estratificados as seguintes possibilidades de acordo com os dados analisados nos prontuários: Ansiedade, depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar, Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de personalidade, transtorno compulsivo, transtorno do sono, transtorno

do espectro autista (TEA) e não se aplica. Caso o paciente apresente ansiedade ou depressão, orienta-se manejar e encaminhar para psicologia. Caso apresente algum outro transtorno, orienta-se a encaminhar para psiquiatria. Se não aplica, orienta-se prevenção primária.

Figura 8: Passo 1 (Dados do paciente e decisões clínicas) da planilha eletrônica Gestão do cuidado - Decisão clínica Saúde Mental.

| DADOS DO PACIENTE E DECISÕES CLÍNICAS |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| NOME                                  |                                      |
| CNS                                   |                                      |
| Idade                                 | <18                                  |
| SEXO                                  | Feminino                             |
| IMC                                   | <18                                  |
| Vulnerabilidade                       | Não se aplica                        |
| Doença aterosclerótica                | Não se aplica                        |
| Tabagismo                             | Não                                  |
| Linha cuidado Tabagismo               | Prevenção primária                   |
| Etilismo                              | Não                                  |
| Linha cuidado Etilismo #1             | Prevenção primária                   |
| Linha cuidado Etilismo #2             | -                                    |
| Exercício físico                      | Sim                                  |
| Linha cuidado físico                  | Prevenção primária                   |
| Saúde mental                          | Ansiedade                            |
| Linha cuidado Saúde mental            | Manejar e encaminhar para Psicologia |

| DADOS DO PACIENTE E DECISÕES CLÍNICAS |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| NOME                                  |                             |
| CNS                                   |                             |
| Idade                                 | <18                         |
| SEXO                                  | Feminino                    |
| IMC                                   | <18                         |
| Vulnerabilidade                       | Não se aplica               |
| Doença aterosclerótica                | Não se aplica               |
| Tabagismo                             | Não                         |
| Linha cuidado Tabagismo               | Prevenção primária          |
| Etilismo                              | Não                         |
| Linha cuidado Etilismo #1             | Prevenção primária          |
| Linha cuidado Etilismo #2             | -                           |
| Exercício físico                      | Sim                         |
| Linha cuidado físico                  | Prevenção primária          |
| Saúde mental                          | Esquizofrenia               |
| Linha cuidado Saúde mental            | Encaminhar para psiquiatria |

Fonte: autores da pesquisa.

No passo 2 (Linha de cuidado Hipertensão arterial), há o trajeto sugerido como proposta de linha de cuidado com base nos dados analisados (APÊNDICE C). Há 03 possibilidades de preenchimento na primeira linha: Normotenso, Hipertensão primária ou Hipertensão secundária. Se paciente normotenso, orienta-se prevenção primária (Figura 9).



Figura 9: Linha de cuidado Hipertensão arterial (HAS) - HAS normotenso.

| LINHA DE CUIDADO HIPERTENSÃO ARTERIAL (HAS) |                    |
|---|--------------------|
| HAS   | Normotenso         |
| HAS 1                                       | Prevenção primária |
| Valor PA (14x9)                             | Não se aplica      |
| Gestão da clínica                           | Não se aplica      |

Fonte: autores da pesquisa.

Se o paciente tiver hipertensão primária, orienta-se controle da Hipertensão arterial (HAS). Se o valor de PA for superior a 140x90mmHg na consulta, sugere-se MRPA +Teleconsulta em 15 dias como gestão da clínica (Figura 10).

Figura 10: Linha de cuidado Hipertensão arterial (HAS) - HAS primária - Valor de PA superior a 140x90.

| LINHA DE CUIDADO HIPERTENSÃO ARTERIAL (HAS) |                                |
|---|--------------------------------|
| HAS   | Primária                       |
| HAS 1                                       | Controle Has                   |
| Valor PA (14x9)                             | Superior                       |
| Gestão da clínica                           | MRPA + Teleconsulta em 15 dias |

Fonte: autores da pesquisa.

MRPA: Monitoramento residencial da pressão arterial

No passo 3 (Linha de cuidado Diabetes mellitus tipo 2), há também indicação de trajetória de linha de cuidado proposta com base nos dados analisados (APÊNDICE D). Há 04 possibilidades de preenchimento na primeira linha: HbA1C <5,7% (não diabético nem pré-diabético): prevenção primária, HbA1c entre 5,7-6,5%: prevenção primária + Glicemia em jejum e HbA1c em 03 meses, HbA1c entre 6,5-9,0%: seguir uso de medicamentos via oral e HbA1c maior que 9,0%: avaliar insulino terapia.

Figura 11: Linha de cuidado Diabetes mellitus 2

| LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS 2 |  |
|--------------------------------------|--|
| DM2                                  | HbA1c > 6,5%: seguir medicamentos via oral |
| Gestão da clínica DM2 #1             | avaliar                                    |
| Gestão da clínica DM2 #2             | avaliar                                    |

Fonte: autores da pesquisa.  
HbA1c: hemoglobina glicada.

Nessa etapa também é possível avaliação da meta de HbA1c e gestão da clínica. Caso seja um paciente com idade maior que 60 anos, idoso frágil sugere-se meta de HbA1c menor que 8,0% (Figura 12).

Figura 12: Linha de cuidado Diabetes mellitus 2 - Gestão da clínica DM2 #1

| LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS 2 |  |
|--------------------------------------|--|
| DM2                                  | HbA1c > 6,5%: seguir medicamentos via oral |
| Gestão da clínica DM2 #1             | Meta HbA1c < 8,0%                          |
| Gestão da clínica DM2 #2             | avaliar                                    |

Fonte: autores da pesquisa.  
HbA1c: hemoglobina glicada.

Caso seja um paciente com idade maior que 40 anos e com doença aterosclerótica, sugere-se introdução de dapagliflozina (Figura 13).

Figura 13: Linha de cuidado Diabetes mellitus 2 - Gestão da clínica DM2 #2

| DADOS DO PACIENTE E DECISÕES CLÍNICAS |                            |
|---------------------------------------|----------------------------|
| NOME                                  |                            |
| CNS                                   |                            |
| Idade                                 | >40 e <60                  |
| SEXO                                  | Masculino                  |
| IMC                                   | >25 e <27                  |
| Vulnerabilidade                       | Idoso frágil               |
| Doença aterosclerótica                | Angina estável ou instável |
| Tabagismo                             | Não                        |
| Linha cuidado Tabagismo               | Prevenção primária         |
| Etilismo                              | Não                        |
| Linha cuidado Etilismo #1             | Prevenção primária         |
| Linha cuidado Etilismo #2             | -                          |
| Exercício físico                      | Sim                        |
| Linha cuidado físico                  | Prevenção primária         |
| Saúde mental                          | Não se aplica              |
| Linha cuidado Saúde mental            | Prevenção primária         |

| LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS 2 |  |
|--------------------------------------|--|
| DM2                                  | HbA1c > 6,5%: seguir medicamentos via oral |
| Gestão da clínica DM2 #1             | avaliar                                    |
| Gestão da clínica DM2 #2             | Avaliar introdução de dapagliflozina       |

Fonte: autores da pesquisa.  
HbA1c: hemoglobina glicada.

Caso o paciente apresenta HbA1c maior que 9,0%, sugere avaliar insulino terapia e há um link com um documento de orientações para treinamento do paciente e família quanto a aplicação da insulina (Figura 14).

Figura 14: Linha de cuidado Diabetes mellitus 2 - HbA1c >9,0%.

| LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS 2 |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| DM2                                  | HbA1c >9,0%: avaliar insulino terapia |
| Gestão da clínica DM2 #1             | avaliar                               |
| Gestão da clínica DM2 #2             | avaliar                               |

Fonte: autores da pesquisa.  
HbA1c: hemoglobina glicada.

No plano 4 (plano de cuidados), há sugestão de planos de prevenção. Na prevenção primária, são orientados cuidados para pacientes que não tenham desenvolvido nenhuma condição crônica, sendo orientados alimentação saudável, exercício físico 150 minutos/semana, ingestão hídrica 2-3L/dia, cessar tabagismo e etilismo e cuidar de saúde mental. Na prevenção secundária, são sugeridos solicitações de rastreio precoce a depender da faixa etária e sexo do paciente: preventivo ginecológico, mamografia bilateral, aplicar índice prostático (IPSS), colonoscopia, aplicar índice FRAX - avaliar densitometria óssea. Na prevenção terciária, há sugestão de controle de condições já existentes, como reabilitação de condições limitadoras. Na prevenção quaternária, sugere planos de prevenção de iatrogenias, desprescrição, avaliar solicitações de exames com base no Choosing Wisely. E na prevenção quinquenária, visa-se cuidado com a equipe prestadora, com sugestão de mudança de equipe caso seja identificado esgotamento ou burnout, conforme exemplo abaixo (Figura 15).

Figura 15: Plano de cuidados.

| PLANO DE CUIDADOS      |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| Prevenção primária     | Exercício físico 150 min/semana |
| Prevenção secundária   | Preventivo ginecológico         |
| Prevenção terciária    | Reabilitação                    |
| Prevenção quaternária  | Avaliar desprescrição           |
| Prevenção quinquenária | Mudança de equipe               |

Fonte: autores da pesquisa.

No passo 5 (critérios de encaminhamento), visa-se ter critérios claros para especialidades focais de acordo com o que há descrito na literatura e com a realidade encontrada nesses estudo. Segue exemplo de alguns critérios por especialidade focal na figura 16.

Figura 16: Critérios de encaminhamento para especialidades focais.

| ENCAMINHAMENTO     |                        |
|--------------------|------------------------|
| CARDIOLOGIA        | DAC/IAM                |
| OFTALMOLOGIA       | Fundoscopia            |
| NEUROLOGIA         | Demências              |
| REUMATOLOGIA       | Artralgia inflamatória |
| DERMATOLOGIA       | Não se aplica          |
| GINECOLOGIA        | Preventivo alterado    |
| ENDOCRINOLOGIA     | Não se aplica          |
| GASTROENTEROLOGIA  | Não se aplica          |
| PNEUMOLOGIA        | Não se aplica          |
| PSIQUIATRIA        | Não se aplica          |
| PEQUENAS CIRURGIAS | Não se aplica          |

Fonte: autores da pesquisa.

## 6 DISCUSSÃO

Esse estudo foi realizado em um ambulatório docente assistencial da Escola Bahiana de medicina e saúde pública (EBMSP), em que o atendimento é feito por médicos de família e comunidade (MFC) e residentes na especialidade. Dentre os locais de atuação do MFC, o ambulatório é uma prática comum, em seguida das unidades de saúde da família<sup>50</sup>. De acordo com o Wonca, o perfil do médico de família pode ser assistencial, docência/ pesquisa e gestão de recursos<sup>55</sup>. O Sistema único de saúde é o principal local de atuação do MFC, podendo exercer os três perfis citados, seja na unidade de saúde da família, seja em ambulatórios públicos ou privados<sup>50,55</sup>.

O ambulatório da comunidade (AC) é um espaço de formação de residentes e estudantes de medicina no estágio do internato médico em atenção primária da EBMSP. As atividades são divididas em assistência ao usuário, discussões formativas, projetos de pesquisa e grupos de educação em saúde (como grupo de tabagismo e grupo de práticas integrativas e complementares). Os usuários são atendidos via marcação presencial ou pelo whatsapp business da EBMSP<sup>53,54</sup>. Uma vez que qualquer paciente entra em contato para agendamento de primeira consulta no serviço do ADA, é direcionado para atendimento no setor de semiologia (ambulatório do 6 semestre formado por médicos clínicos e MFC) ou para o AC com médicos de família.

De acordo com a demografia médica 2023, a medicina de família e comunidade é uma das especialidades que dobraram o número de registros de especialistas de 2021-2022. Houve um aumento do número de vagas em 3,01%, na Bahia há 343 vagas para programa de residência em MFC, sendo a EBMSMSP uma dessas Instituições<sup>56</sup>. A escolha da MFC como especialidade perpassa por diversos fatores: diversos artigos demonstram que incluem os seguintes fatores: características da escola médica, interações pessoais, preferências de estilo de vida, fatores de adequação e força de trabalho, incluindo renda esperada, prestígio, oportunidades de emprego, cuidados longitudinais e sociais<sup>57</sup>. Além das possibilidades de atuação em assistência, ensino, pesquisa, gestão em saúde, gestão em educação<sup>58</sup>.

Em relação ao número de atendimentos, foram atendidos 2131 pacientes no período de 01 ano, dando uma média de 177 pacientes por mês. Cabe ressaltar que não há uma população adscrita para o AC, sendo porta aberta para os usuários do SUS. De acordo com a portaria nº 1101 de 2002, que foi revogada pela Portaria nº 1631 de 1 de outubro de 2015, há uma tendência de uma média de 2 a 3 consultas médicas por habitante por ano<sup>59</sup>. Em um estudo realizado pelo Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, esse número variou de 1,7 a 4,5 consultas por habitante por ano em 10 centros urbanos no Brasil<sup>59,60</sup>. Além disso, essa Portaria estima uma média da necessidade de 3 consultas médicas por pessoa por ano<sup>59</sup>.

Cabe ressaltar que trata-se de um ambulatório dentro de uma instituição formada por médicos de família e comunidade, cuja estrutura não está dentro de uma unidade de saúde da família, nem em uma área com população adscrita. Em uma pesquisa realizada em Fortaleza-CE, foi registrado que, entre janeiro e junho de 2012, foram atendidos 677 pacientes. Desses, 446 passaram por atendimento médico mais de uma vez, totalizando 1.044 consultas e uma média de 1,5 visitas por paciente<sup>61</sup>.

Em relação aos aspectos sociodemográficos, a maioria dos pacientes foi do sexo feminino. Observa-se que as mulheres tendem a acessar os serviços de saúde com mais frequência, seja para consultas preventivas, seja para cuidados específicos da saúde reprodutiva, como o pré-natal e exames de prevenção. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde em 2019, 82,3% das mulheres consultaram um médico nos 12 meses anteriores à entrevista, enquanto essa proporção entre os

homens foi de 69,4%. Em relação às DCNT, 56,9% das mulheres com 18 anos ou mais de idade referiram ter diagnóstico de ao menos uma doença crônica. Mulheres que também fazem parte do mercado de trabalho costumam acessar o sistema regularmente, inclusive de maneira preventiva<sup>62</sup>.

Em relação a idade, a mediana foi de 56 anos. Em um estudo realizado em Fortaleza- Ceará, foi constatado que mais de 50% dos pacientes entrevistados tinham idade superior a 40 anos. Houve prevalência de 38,1% de pessoas com idade no intervalo de 41 a 60 anos<sup>61</sup>. Em um estudo realizado no mesmo locus, no AC da EBMSF em 2020, houve predominância do atendimento de pacientes na faixa etária entre 61 e 70 anos e entre 41 e 50 anos, correspondendo a 35 % dos atendimentos cada grupo. 85% dos pacientes atendidos por telemedicina corresponderam a mulheres<sup>54</sup>. Nessa faixa etária, encontram-se as maiores prevalências de doenças crônicas, tais como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e obesidade.

Dentre as condições crônicas de saúde presentes no estudo, as mais prevalentes foram Hipertensão arterial, dislipidemia (hipercolesterolemia), obesidade, diabetes e ansiedade. Observa-se aumento do diagnóstico de DCNT ao longo dos anos. Em 2013, de acordo com o PNS, das pessoas respondentes à pesquisa, 46,6% dos hipertensos, 40,9% dos diabéticos e 29,7% daqueles com diagnósticos de depressão e último atendimento tinha sido em uma UBS<sup>62</sup>. Em 2019, de acordo com o Painel de indicadores em Saúde da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a prevalência de hipertensão arterial diagnosticada por médico foi de 23,9%, a de problemas crônicos de coluna foi de 21,6 %, hipercolesterolemia foi de 14,6 %, diabetes foi de 7,7%, problemas cardíacos foi 5,3%, depressão foi 10,2% e câncer foi de 2,6%<sup>63</sup>.

Cabe ressaltar que, cada pessoa pode ter mais de um diagnóstico, e, portanto, seguir em mais de uma linha de cuidado. Pesquisas sobre a demanda em ambulatórios gerais revelam que, apesar da diversidade de problemas de saúde apresentados, uma quantidade significativa das consultas é concentrada em um número reduzido de diagnósticos, que corresponde a cerca de 50% da demanda total. Aproximadamente 30 diagnósticos são responsáveis por essa metade das consultas. Portanto, um manejo eficaz dos 50 diagnósticos mais comuns pode resolver mais da metade da demanda médica em ambulatórios gerais. É essencial, assim, caracterizar a demanda para definir o perfil dos usuários e identificar as doenças mais prevalentes e letais, bem como dar seguimento na rede de assistência com a devida indicação das linhas de cuidado necessárias<sup>64</sup>.

Apenas 4,9% dos pacientes foram referenciados para o ambulatório da comunidade proveniente de outra especialidade focal, sendo a clínica médica a especialidade que mais encaminhou. De acordo com WONCA, o médico de família pode ser peça de contato importante na equipe multi e transdisciplinar para que referência e contrarreferência para outros membros da equipe e outras especialidades focais<sup>55</sup>. Ainda existe um caminho cultural de educação permanente sobre o papel do médico de família como coordenador do cuidado e resolutivo em cerca de 85% a 95% das condições de saúde<sup>1</sup>.



No presente estudo, as especialidades mais encaminhadas (contrarreferência) foram ginecologia (13,8%), neurologia (8,3%) e psiquiatria (6,8%). Em um estudo realizado na atenção primária, o percentual de encaminhamentos foi de 9,57%. Vários estudos ao redor do mundo avaliaram o percentual de encaminhamentos a partir da atenção primária e os fatores que influenciavam sua ocorrência. Os números variavam de 5 a 30% de consultas que resultaram em encaminhamentos. Diferente deste estudo, um artigo canadense encontrou que as especialidades com maior número de encaminhamentos a partir da atenção primária foram: Gastroenterologia (11%), Ginecologia (10%), Dermatologia (9%)<sup>65</sup>.

Para ginecologia, os principais motivos de encaminhamento foram: "paciente sem acompanhamento ginecológico", necessidade de realização de preventivo e climatério. O protocolo de regulação ambulatorial do Ministério da Saúde por meio Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) traz que treze critérios de encaminhamento da APS para ginecologia: sangramento uterino anormal, pólipos endometriais, massa anexial, miomatose intramural/subserosa, anormalidades na estática pélvica, incontinência urinária, dor pélvica crônica, neoplasia de endométrio, amenorreia e lesões vulvares<sup>66</sup>.

Da mesma forma, o protocolo de encaminhamento da atenção básica (AB) para atenção especializada (AE) de Brasília, traz os critérios mais prevalentes com base no protocolo do UFRGS e reforça a importância da atenção básica na ampliação do cuidado clínico e na resolutividade dos casos. Os critérios de referenciamento para ginecologia devem ser preenchidos corretamente pela AB (citando indicação clínica e grau de prioridade), visando a fluidez do usuário no fluxo assistencial entre AB e AE a fim de evitar encaminhamentos e procedimentos desnecessários e realizando a prevenção quaternária<sup>67</sup>.

Cabe ressaltar que no presente estudo, o principal motivo foi "paciente sem acompanhamento ginecológico", o que entra em contraponto com o descrito na literatura e com as competências do médico de família. Considerando que essa especialidade é responsável por acolher cerca de 85% das demandas de saúde, o acompanhamento ginecológico e a rastreamento de câncer de colo de útero (coleta do exame preventivo-citopatológico) está nas competências previstas para MFC<sup>52</sup> e na descrição de atribuições do médico da AB na Política Nacional de Atenção básica (PNAB): realizar exame clínico-ginecológico em todas as mulheres nas quais esteja indicado, realizar exame especular, coleta de material para exame citopatológico do colo do útero e monitorar os resultados dos exames citopatológicos<sup>68,69</sup>.

Para neurologia, o RegulaSUS do Telessaúde da UFRGS estabelece nove critérios para protocolo para neurologia adulto: cefaleias com sinais de alerta, demências, convulsão/epilepsia, síncope/ perda transitória de consciência (excluídas síndromes vasovagais), tremores/síndromes parkinsonianas, pós acidente vascular encefálico (AVC), distúrbios de movimento (ataxias, coreias, distonias), polineuropatia com manifestação atípica e vertigem central<sup>70</sup>. No presente estudo, a maioria dos encaminhamentos não havia critério estabelecido, sendo seguido da enxaqueca (cefaleia primária sem sinais de alarme), o que entra em contraponto com a literatura. Os demais motivos descritos estão de acordo com a literatura: pós AVC, alteração de memória e epilepsia.

Já a Secretaria Municipal de Santa Catarina, acrescenta situações que não indicam encaminhamento para neurologia e que podem ser manejadas na AB: Nervosismo (não há razão para encaminhar ao neurologista, exceto quando presente sinais e sintomas de lesão orgânica no sistema nervoso central), queixas somáticas sem explicação médica, epilepsia controlada com medicação (1ª até 2ª monoterapia, a partir de então, encaminhar para centro especializado), tontura, alterações do sono (insônia), prevenção primária e secundária das doenças neurovasculares, doença de Parkinson inicial e não complicada, tremor essencial, síndromes demenciais e comprometimento cognitivo leve, cefaleia primária típica, paralisia facial periférica e neurocisticercose calcificada (lesão crônica, inativa)<sup>71</sup>.

Quanto aos encaminhamentos para psiquiatria, protocolo de regulação ambulatorial do Ministério da Saúde por meio Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atualizado em 2021, traz nove protocolos de encaminhamento para psiquiatria adulto: transtornos depressivos refratários/ persistentes/ associados a psicose, transtornos de ansiedade refratários/ com ideação suicida, transtorno de estresse pós-traumático e exposição a evento traumático, transtorno bipolar, psicose/ esquizofrenia, transtorno por uso de substância (exceto tabaco), incongruência de gênero, transtornos alimentares e outros transtornos não classificados que se manifestem com agressividade, agitação psicomotora e impulsão<sup>72</sup>.

O protocolo de encaminhamento de Santa Catarina traz indicações de condições que podem ser conduzidas na AB sem necessidade de encaminhamento para AE: depressão que responda à terapia de apoio e/ou medicação, Ansiedade generalizada, Transtorno obsessivo compulsivo leve, transtornos de pânico leves a moderados, abuso de substâncias (tabaco) e esquizofrenia estabilizada<sup>73</sup>. Cabe ressaltar que o acompanhamento de pessoas que consomem tabaco pode ser realizado na AB por meio do programa nacional de controle ao tabagismo<sup>74</sup>, uma das ações programáticas previstas nas competências da PNAB e do MFC<sup>52</sup>.

Nesse estudo, apesar do sintoma clínico de ansiedade ser prevalente estando em 17,7% da amostra, o maior motivo de encaminhamento foi depressão (após aqueles sem critério descrito). Depressão foi tão prevalente quanto insônia nesse estudo, em consonância com o encontrado na literatura. Em um estudo realizado por Silva e 2018 que avaliou o perfil dos pacientes atendidos em uma clínica escola em Paraíba, as queixas mais prevalentes no perfil psiquiátrico foi depressão, angústia e tristeza<sup>75</sup>. Há dificuldade de encaminhamento para psiquiatria na rede de saúde mental de Salvador<sup>76</sup>, sendo a EBMSM importante no atendimento SUS da RAS que, no momento, encontra-se em superlotação.

Quanto às linhas de cuidado, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 (pré-diabetes, insulino e não insulino dependentes) foram as condições crônicas mais prevalentes, sendo necessário melhor estruturação dos planos de prevenção, diagnóstico, terapêutica e seguimento dos pacientes com essas condições. Nas linhas de cuidado de hipertensão arterial descritas na literatura, o acompanhamento pode se iniciar em qualquer fase da linha. De início, há determinação do rastreamento na população geral e fatores de risco para atuação em medidas preventivas. O diagnóstico segue podendo ser obtido por medida no consultório e medida fora do consultório (MRPA e MAPA). Em seguida, há o estadiamento da HAS (1, 2 ou 3)<sup>27,28,29,32</sup>.

No planejamento terapêutico, objetiva-se: confirmação do diagnóstico, identificação dos fatores de risco cardiovasculares, identificação de doenças associadas, exame clínico, definição de lesão de órgão alvo e exames para rastreio, avaliações complementares, estratificação do risco cardiovascular da pessoa com hipertensão, suspeita e identificação de causa secundária <sup>27,28,29,32</sup>. Na linha de cuidado de HAS do estado de São Paulo, há descrição da importância do plano terapêutico singular, com estímulo ao autocuidado, ações terapêuticas não medicamentosas com enfoque interdisciplinar (enfermagem, nutrição, farmácia, psicologia e educador físico) e ações terapêuticas medicamentosas<sup>32</sup>.

Quanto à gestão da clínica, a periodicidade das consultas deve ser alinhado as metas de cada plano terapêutico singular, porém sugere o acompanhamento com equipe conjunta de enfermagem e retornos a depender do risco cardiovascular: alto risco quadrimestralmente, moderado risco semestral e baixo risco anual <sup>27,28,29,32</sup>.

Quanto à gestão do cuidado dentro da rede de atenção especializada, a linha de cuidado de HAS de Ministério da Saúde indica os seguintes critérios para cada especialidade: Oftalmologista (hipertensão estágio 2 ou maior), Cardiologista (suspeita de hipertensão secundária hipertensão severa ou resistente com no

mínimo 3 medicações anti-hipertensivas, suspeita de lesão funcional de órgão-alvo - disfunção sistólica de ventrículo esquerdo, diastólica grave, doença cardiovascular estabelecida), Nefrologista (suspeita de hipertensão secundária, suspeita de lesão funcional de órgão-alvo - perda progressiva de função renal ou insuficiência renal a partir do estágio 3), Endocrinologista (suspeita de hipertensão secundária de causa endocrinológica, hiperaldosteronismo primário, hipertireoidismo, síndrome de Cushing, acromegalia, hiperparatireoidismo, feocromocitoma), Pneumologia (diagnóstico de síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono, suspeita clínica de síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono) e Otorrinolaringologia (suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono associada a fator obstrutivo de via aérea superior<sup>27</sup>).

Não foi encontrado na literatura uma linha de cuidado definida para hipertensão arterial na cidade de Salvador, porém em 2024 foi lançada a primeira versão da linha de cuidado de diabetes mellitus (DM) da Secretaria municipal de saúde de Salvador. Conforme encontrado nesse estudo, o documento traz que o DM é considerado uma das principais condições que acometem a população negra, o que corrobora com o perfil sociodemográfico de Salvador, o que implica no aumento da taxa de mortalidade prematura por DM nos últimos 10 anos<sup>38</sup>.

Cabe ressaltar que o presente estudo foi realizado com base em dados secundários de prontuários eletrônicos previamente preenchidos por diversos profissionais, o que torna o estudo limitado devido a possibilidade de descrição incompleta, dados incorretos e variabilidade de entendimento de cada caso a depender do profissional. Por outro lado, entende-se que o presente estudo pode lançar futuras pesquisas na área e incentivar a confecção de linhas de cuidado adaptados à realidade do AC com contribuição dos profissionais atuantes.

## **7 CONCLUSÃO**

O presente estudo ocorreu num ambulatório docente assistencial da EBMSP composto por médicos de família e comunidade, o ambulatório da comunidade (AC). Foi realizada análise de dados secundários por meio de prontuário. Houve prevalência do sexo feminino e de pacientes com sobrepeso e obesidade grau I. Quanto ao perfil clínico, a maioria da amostra tinha diagnóstico de hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2. Dentre as queixas mais comuns estavam ansiedade, artralgia e dor crônica. Quanto aos encaminhamentos, as especialidades mais encaminhadas foram ginecologia, neurologia e psiquiatria. Diante do exposto, há a proposta de melhoria da gestão do cuidado com a ferramenta virtual de apoio a decisão e ensino desenvolvido pelos autores. Trata-se de um instrumento prático que leva cruzamento dos dados preenchimentos para proposta de um plano de cuidados e critérios de encaminhamento a depender das variáveis de cada caso. Com isso, visa-se qualificação da gestão do cuidado de cada paciente com linhas de cuidado em hipertensão arterial e diabetes mellitus com foco em educação permanente de toda equipe de docentes, residentes, equipe multidisciplinar e acadêmicos da EBMSP.



## **REFERÊNCIAS**

1. Mendes, EV. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2013.



2. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
3. 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: Ministério da Saúde, 2011.
4. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.
7. Ascom. Cobertura na atenção básica à saúde ultrapassa 56% em Salvador [Internet]. Ba.gov.br. 2020 [acesso em 20 de março de 2024]. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/cobertura-na-atencao-basica-a-saude-ultrapassa-56-em-salvador/>
8. Secretaria Municipal de Saúde. Salvador atinge marca histórica de 70% de cobertura da Atenção Básica [Internet]. Agência de Imagens. 2024 [acesso em 20 de março de 2024]. Disponível em: <http://agenciadenoticias.salvador.ba.gov.br/index.php/pt-br/releases-2/geral/25360-salvador-atinge-marca-historica-de-70-de-cobertura-da-atencao-basica>
9. Dos santos SG. Integração entre atenção primária à saúde (APS) e atenção ambulatorial especializada (AAE): o caso de uma região de saúde da Bahia. In: Universidade do Estado da Bahia, editor. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado Profissional) em Saúde Coletiva (MEPISCO) [Internet]. 2023. Disponível em: <https://saberaberto.uneb.br/server/api/core/bitstreams/503a4080-467d-4c86-9ddd-5158914b9c24/content>
10. Relação de serviços oferecidos. Saúde Bahiana [Internet]. Google. com. 2024 [acesso em 19 de abril de 2024]. Disponível em: <https://sites.google.com/view/servicosbahianasaude/home?pli=1>
11. Bahiana Saúde inaugura Ambulatório da Comunidade [Internet]. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2019. Disponível em: <https://www.bahiana.edu.br/noticia/31111/bahiana-saude-inaugura-ambulatorio-da-comunidade/>
12. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública [Internet]. 1997;31(5):538–42. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/1997.v31n5/538-542/pt/>

13. O conceito de condições de saúde [Internet]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4096.pdf>
14. Mendes EV. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 Feb;23(2):431–6.
15. Peixoto, SV. A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s5Lkp5nxCvVnpVrKRC8gkzS/?lang=en&format=pdf>
16. Filho AMS, França GVA de, Malta DC. Tripla carga de doenças no Brasil, 1990- 2021: Mudanças, inflexões e o fator COVID-19. *REME Rev Min Enferm*. [Internet]. 21 de dezembro de 2022 [acesso em 20 de abril de 2024];26. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/39410>
17. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC dos. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2015 Dec;18(suppl 2):3–16. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>
18. IBGE: pelo menos uma doença crônica afetou 52% dos adultos em 2019 [Internet]. Agência Brasil. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-11/ibge-pelo-menos-uma-doenca-cronica-afetou-52-dos-adultos-em-2019>
19. PNS – Pesquisa Nacional de Saúde [Internet]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br>
20. Silocchi C, Junges JR, Moehleck V, Diercks MS. Institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e gestão do cuidado na Atenção Primária. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2021;25.
21. Giannichi BV. Projeção da carga econômica das doenças crônicas não transmissíveis atribuível ao excesso de peso no Brasil entre 2020-2030. Dissertação de mestrado. PPG - Saúde Coletiva [Internet]. 26 de abril de 2023; Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/items/da01c2d2-f25c-4eac-b31b-bb1626afeb20>
22. 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 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
23. Danielli R, Rodrigues A, Santos, Denardi V, Maria Aparecida Salci. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas e suas implicações para a Atenção Ambulatorial Especializada. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 01 de janeiro de 2023;76(1).
24. Linhas de cuidado de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde [Internet]. Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Panorama\\_IEPS\\_02.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Panorama_IEPS_02.pdf)

25. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 17 de setembro de 2010;14(34):593–606.
26. Venancio SI, Rosa TE da C, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Março de 2016; 26(1):113–35.
27. Diretoria de atenção primária à saúde, superintendência de planejamento em saúde, secretaria de estado da saúde, estado de santa catarina. linha de cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica [Internet]. 2019 [acesso em 20 de abril de 2024]. Disponível em:  
[https://www.saude.sc.gov.br/images/stories/anexo\\_delibera%C3%87%C3%83o\\_330-2018-\\_linha\\_de\\_cuidado\\_hipertens%C3%83o-\\_lc\\_has.pdf](https://www.saude.sc.gov.br/images/stories/anexo_delibera%C3%87%C3%83o_330-2018-_linha_de_cuidado_hipertens%C3%83o-_lc_has.pdf)
28. Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária [Internet]. [linhasdecuidado.saude.gov.br](https://linhasdecuidado.saude.gov.br). Disponível em:  
<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>
29. Superintendência de planejamento em saúde. Secretaria de estado da saúde do Paraná. Linha guia de hipertensão arterial sistêmica [Internet]. 2018 [acesso em 20 de abril de 2024]. Disponível em:  
<http://www3.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/db5be589f90e.pdf>
30. Superintendência de planejamento em saúde. Secretaria de estado da saúde do Paraná. Linha guia de Diabetes mellitus [Internet]. 2018 [acesso em 20 de abril de 2024]. Disponível em:  
<http://www3.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/a0893e874d6b.pdf>
31. Superintendência de planejamento em saúde. Secretaria de estado da saúde do Paraná. Linha guia da Saúde do Idoso [Internet]. 2018 [acesso em 20 de abril de 2024]. Disponível em:  
[https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiaasaudeidoso\\_2018\\_atualiz.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiaasaudeidoso_2018_atualiz.pdf)
32. Governo do estado de são paulo. Secretaria de estado da saúde de são paulo. Linha de cuidado hipertensão arterial sistêmica manejo na unidade de saúde 1a edição. [internet]. 2018 [acesso em 20 de abril de 2024]. disponível em:  
[http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/linha-de-cuidado-ses-sp/hipertensao-arterial/manual\\_de\\_manejo\\_na\\_unidade\\_de\\_saude\\_hipertensao\\_arterial.pdf](http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/linha-de-cuidado-ses-sp/hipertensao-arterial/manual_de_manejo_na_unidade_de_saude_hipertensao_arterial.pdf)
33. Governo do estado de são paulo. Secretaria de estado da saúde de são paulo. Linha de cuidado diabetes mellitus manejo na unidade de saúde 1a edição. [internet]. 2018 [acesso em 20 de abril de 2024]. disponível em:  
[http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/linha-de-cuidado-ses-sp/diabetes-mellitus/manejo\\_unidade\\_saude\\_diabetes\\_mellitus.pdf](http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/linha-de-cuidado-ses-sp/diabetes-mellitus/manejo_unidade_saude_diabetes_mellitus.pdf)
34. Secretaria de Estado da Saúde - Linha de Cuidado - AB/APS [Internet]. Sc.gov.br. 2024 [acesso em 20 de abril de 2024]. Disponível em:  
<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps>

35. Secretaria de Estado de Saúde do Piauí. Universidade Federal do Piauí. Linha de cuidado para atenção integral á saúde de pessoas com doenças negligenciadas. [internet]. 2021 [acesso em 20 de abril de 2024]. disponível em: [https://saude.pi.gov.br/uploads/warning\\_document/file/988/Livro\\_das\\_Linhas\\_de\\_Cuidados\\_das\\_Neglig%C3%AAncias.pdf](https://saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/988/Livro_das_Linhas_de_Cuidados_das_Neglig%C3%AAncias.pdf)
36. Governo do Estado da Bahia. Portaria No 460, de 19 de novembro de 2020 [Internet]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/Portaria-no-460-de-19-de-novembro-de-2020-Linha-do-Cuidado-HTLV.pdf>
37. Secretaria municipal de Saúde de Salvador. Portaria municipal nº xxx, de x de dezembro de 2019. Linha de cuidado para as pessoas com doença falciforme no município de salvador. [internet]. 2022 [acesso em 20 de abril de 2024]. disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/13.01.2020-PORTARIA-LINHA-DE-CUIDADO-PARA-DF\\_.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/13.01.2020-PORTARIA-LINHA-DE-CUIDADO-PARA-DF_.pdf)
38. Salvador, Secretaria Municipal da Saúde de Salvador (SMS SSA). Diretoria da Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidados à Pessoa com Diabetes Mellitus / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde: Salvador, 2024.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. vol 2. Brasília. [internet]. 2013 [acesso em 21 de abril de 2024]. disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf)
40. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Junho de 2011;15(37):589–99. [acesso em 21 de abril de 2024]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmMgwSpNRkSrt/abstract/?lang=pt>
41. Grabois V. Gestão do cuidado. Moodle USP: e-Disciplinas [Internet]. edisciplinas.usp.br. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/444917/mod\\_folder/content/0/Gest%C3%A3o%20do%20cuidado%20-%20complementar.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/444917/mod_folder/content/0/Gest%C3%A3o%20do%20cuidado%20-%20complementar.pdf)
42. Ministério da Saúde. PLANIFICASUS: Workshop 4 – Gestão do Cuidado. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. [Internet] 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/nucleos/nucleo-de-fortalecimento-da-aps/planificasus/workshops-e-oficinas-tutoriais/gestao-do-cuidado/16861-workshop-4/file>
43. Secretaria de Estado da Saúde do Ceará. Oficina Gestão do Cuidado Guia do participante. [Internet] Julho 2024. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/08/20240726-Guia\\_Formacao\\_etapa\\_4\\_CE-v1-1.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/08/20240726-Guia_Formacao_etapa_4_CE-v1-1.pdf)
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização PNH. 1º edição. [Internet] 2013. [acesso em 05 de maio de 2024]. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

45. Leite MT, Nardino J, Hildebrandt LM, Santos AM dos, Martins RV. Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: revisão narrativa. Revista Brasileira Ciências da Saúde - USCS. 01 de junho de 2016;14(48). [acesso em 05 de maio de 2024]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/312360486\\_Gestao\\_do\\_cuidado\\_na\\_estrategia\\_saude\\_da\\_familia\\_revisao\\_narrativa](https://www.researchgate.net/publication/312360486_Gestao_do_cuidado_na_estrategia_saude_da_familia_revisao_narrativa)

46. Gestão Estratégica [Internet]. Ba.gov.br. 2022 [acesso em 05 de maio de 2024]. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/gestao-estrategica/>

47. Salvador, Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Salvador, 2022. 217 p. [acesso em 05 de maio de 2024]. Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/PMDANT-2022-2030\\_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22-2.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22-2.pdf)

48. Atenção primária, Estratégia Saúde da Família e Medicina de Família e comunidade: definições para uma atenção à saúde de alto rendimento [Internet]. Portal Médico. 31 de janeiro de 2012 [acesso em 10 de maio de 2024]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/atencao-primaria-estrategia-saude-da-familia-e-medicina-de-familia-e-comunidade-definicoes-para-uma-atencao-a-saude-de-alto-rendimento>

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica Brasília. 2012. 110 p.[acesso em 10 de maio de 2024]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

50. Cardoso G, Neto C, Antunes V, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública. [Internet] 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00170917.pdf>

51. ABMES. Resolução Nº 1, de 14 de Maio de 2002. Dispõe sobre os critérios básicos para credenciamento de programas de Residência Médica e dá outras providências. [Internet]. ABMES - Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior. [acesso em 10 de maio de 2024]. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/720/resolucao-cnrm-n-1>

52. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de competência de medicina de família e comunidade [Internet]. www.gov.br. Atualizado em 04 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/matrizdesdecompetencias/matriz-medicina-de-familia-e-comunidade.pdf/view>

53. Bahiana Saúde inaugura Ambulatório da Comunidade [Internet]. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2019. Disponível em: <https://www.bahiana.edu.br/noticia/31111/bahiana-saude-inaugura-ambulatorio-da-comunidade/>

54. Santos ABS dos, França MVS, Santos JLF dos. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. *APS EM REVISTA*. 09 de junho de 2020;2(2):169–76.
55. Arias-Castillo L, Toro C, Freifer S, Ángel M, Tradução F, Machado R, et al. Perfil do médico de família e comunidade definição iberoamericana Autores [Internet]. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil\\_mfc.pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf)
56. Scheffer M, et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo (SP): FMUSP, AMB; 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8. [Internet]. Disponível em: [https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023\\_8fev-1.pdf](https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf)
57. Renata, Dantas G, Liliane Pereira Braga. Fatores influenciadores na escolha pela Medicina de Família e Comunidade por estudantes do sertão do Rio Grande do Norte. 14 de maio de 2014;11(7):e3411728633–3.
58. Anderson MIP, Savassi LCM, organizadores. Formação, ensino e pesquisa na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde no Brasil: situação atual, desafios e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(Suppl 1):18- 27. doi:10.5712/rbmfc16(Suppl1)3249
59. Quais as recomendações para o cálculo da média de consulta/ habitante/ano ou consulta/habitante/hora para os atendimentos médicos, de enfermagem e de odontologia em uma equipe de ESF? – BVS Atenção Primária em Saúde [Internet]. *Aps-repo.bvs.br*. 2014. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-as-recomendacoes-para-o-calculo-da-media-de-consultahabitanteano-ou-consultahabitantehora-para-os-atendimentos-medicos-de-enfermagem-e-de-odontologia-em-uma-equipe-de-esf/>
60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
61. Santos K de PB, Ribeiro MTAM. Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família em Fortaleza - CE. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2015 Dec 30 [acesso em 17 de outubro de 2024];10(37):1–11. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/831>
62. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021 Sep;26(9):4021–32.
63. Francisco PMSB, Assumpção D de, Bacurau AG de M, Neri AL, Malta DC, Borim FSA. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2022 Jun 17;27:2655–65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6pN8zZYJcY34dcRL5pmxW6j/?lang=pt>

64. Pimentel ÍRS, Coelho B de C, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FP de C, Pinheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2011 Aug 11;6(20):175–81.
65. Rebolho RC, Poli Neto P, Pedebôs LA, Garcia LP, Vidor AC. Médicos de família encaminham menos? Impacto da formação em MFC no percentual de encaminhamentos da Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021 Apr;26(4):1265–74
66. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial - Ginecologia: versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS- UFRGS, 25 fev. 2016 [atual. 23 fev. 2023]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>. Acesso em: 20 de abril de 2024.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Ginecologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 4. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_especializa\\_da\\_ginecologia\\_v\\_IV.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializa_da_ginecologia_v_IV.pdf). Acesso em: 20 de abril de 2024.
68. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 [Internet]. [bvsmis.saude.gov.br](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). 2017. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 05 de setembro de 2024.
69. Prefeitura Municipal de Bauru. Secretaria Municipal de Saúde. Versão 1 (2023): Protocolo Municipal: Rastreamento do Câncer de Colo do Útero. Local: Bauru – SP. 15/04/2024. Disponível em: [https://www2.bauru.sp.gov.br/arquivos/arquivos\\_site/sec\\_saude/protocolos\\_saude/Sa%C3%BAde\\_da\\_Mulher/Linha%20de%20Cuidado%20-%20Rastreamento%20de%20C%C3%A2ncer%20de%20Colo%20de%20%C3%A9tero%202024.pdf](https://www2.bauru.sp.gov.br/arquivos/arquivos_site/sec_saude/protocolos_saude/Sa%C3%BAde_da_Mulher/Linha%20de%20Cuidado%20-%20Rastreamento%20de%20C%C3%A2ncer%20de%20Colo%20de%20%C3%A9tero%202024.pdf). Acesso em: 05 de setembro de 2024.
70. Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil. Protocolos de encaminhamento para Neurologia Adulto [Internet]. Disponível em [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/ptrs\\_neurologia.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_neurologia.pdf). Acesso em: 05 de setembro de 2024.
71. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da saúde superintendência de serviços especializados e regulação gerência de regulação ambulatorial. Protocolo de acesso e regulação - consulta em neurologia adulto - JUNHO 2022 [Internet]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/acessos-por-especialidade/consulta-adulto/13770-neurologia-adulto/file>. Acesso em: 06 de setembro de 2024.
72. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial - Psiquiatria Adulto: versão digital 2021. Porto

Alegre: TelessaúdeRS- UFRGS, 29 dez. 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 06 de setembro de 2024.

73. PROTOCOLO DA PSIQUIATRIA Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta [Internet]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/acessos-por-especialidade/consulta-adulto/13791-psiquiatria/file>. Acesso em: 06 de setembro de 2024.

74. Programa Nacional de Controle do Tabagismo [Internet]. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em: 06 de setembro de 2024.

75. Nunes Da Silva E, Carneiro De Sousa J, De Lira Silva M, Dias O, Filho M. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF MEDICAL CONSULTATIONS HELD AT A TEACHING CLINIC. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras [Internet]. 2018. 5(4):2358–7490. Disponível em: [https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume\\_20/Trabalho\\_19.pdf](https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_20/Trabalho_19.pdf). Acesso em: 10 de setembro de 2024.

76. Primeiro do Brasil: Salvador inicia R3 em saúde mental e população de rua - SBMFC [Internet]. SBMFC. 2023 [Acesso em: 10 de setembro de 2024]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/primeiro-do-brasil-salvador-inicia-r3-em-saude-mental-e-populacao-de-rua>



**APÊNDICE A: CÁLCULO AMOSTRAL PARA ESTUDO OBSERVACIONAL TIPO CORTE TRANSVERSAL PARA O PROJETO MEDICINA FAMÍLIA E COMUNIDADE E A GESTÃO DO CUIDADO EM UM AMBULATÓRIO DOCENTE ASSISTENCIAL**

**CAAE: 75915423.8.0000.5544**

|   |        |   |
|---|--------|---|
| <b>Tamanho da amostra para a frequência em uma população</b>                            |        |   |
|   |        |   |
| Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp)( <i>N</i> ): | 131    |   |
| frequência % hipotética do fator do resultado na população ( <i>p</i> ):                | 0%+/-5 |   |
| Limites de confiança como % de 100(absoluto +/-%)( <i>d</i> ):                          | %      | 5 |
| Efeito de desenho (para inquéritos em grupo- <i>EDFF</i> ):                             |        |   |
| <b>Tamanho da Amostra(<i>n</i>) para vários Níveis de Confiança</b>                     |        |   |
|   |        |   |

| Intervalo  | Confiança (%) | Tamanho da amostra |  |  |
|--|---------------|--------------------|--|--|
| 5%   |               | 326                |  |  |
| 10%  |               | 153                |  |  |
| 15%  |               | 241                |  |  |
| 20%  |               | 386                |  |  |
| 25%  |               | 507                |  |  |
| 30%  |               | 719                |  |  |
| 35%  |               | 886                |  |  |
| Equação  |               |                    |  |  |
| $n = \frac{EDFF \cdot Np(1-p)}{\left[ \frac{d}{Z} \cdot \sqrt{1 - \alpha/2} \cdot (N-1) + p \cdot (1 - \alpha/2) \right]^2}$ |               |                    |  |  |

Resultados do OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto--SSPropor  
 Imprima a partir do navegador com ctrl-P ou selecione o texto para copiar e colar  
 em outr programas.

Disponível em [https://www.openepi.com/Menu/OE\\_Menu.htm](https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm)

# APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO MEDICINA FAMÍLIA E COMUNIDADE E A GESTÃO DO CUIDADO EM UM AMBULATÓRIO DOCENTE ASSISTENCIAL CAAE: 75915423.8.0000.5544



SAÚDE  
BAHIANA

## DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, inscrita no CNPJ sob nº 13.927.934/0001-15, manifesta interesse e anuência institucional para o desenvolvimento do projeto **“MEDICINA FAMÍLIA E COMUNIDADE E A GESTÃO DO CUIDADO EM UM AMBULATÓRIO DOCENTE ASSISTENCIAL”**, que tem como pesquisadora responsável a **Profª. Drª. Mary Gomes Silva**, docente na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). O referido projeto será desenvolvido no Ambulatório da Comunidade, vinculado à Bahiana Saúde.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do(a) pesquisador(a) aos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466 de 2012 e suas complementares, comprometendo-se utilizar as informações obtidas para a pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Reiteramos a responsabilidade da BAHIANA em realizar acolhimento **aos participantes da pesquisa e posterior encaminhamentos que se fizerem necessários.**

Antes de iniciar a coleta de dados o(a) pesquisador(a) deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Salvador, 22 de janeiro de 2024.

BRUNO DE Assinado de forma digital por BRUNO DE

# APÊNCIDE C - FLUXOGRAMA DA LINHA DE CUIDADO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO AC. SALVADOR, 2024.



# 6

## PLANO TERAPEUTICO

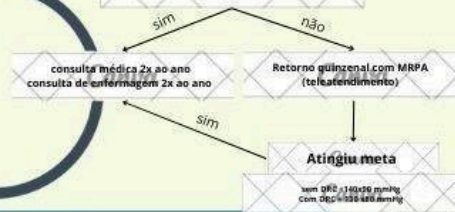
| MONOTERAPIA                      | DUPLA TERAPIA             | TERAPIA TRIPLA | QUARTA DROGA            |
|----------------------------------|---------------------------|----------------|-------------------------|
| Enalapril 5 mg<br>Enalapril 20mg | Hidroclorotiazida<br>25mg | Associação     | Espironolactona<br>25mg |
| Losartana 50mg                   | Anlodipino 5mg            |                |                         |

# 7

## CUIDADO INTERPROFISSIONAL

|                                | CRITÉRIOS  |
|--------------------------------|--|
| CLÍNICA AMPLIADA DE ENFERMAGEM | Paciente com cuidados especiais: idosos >80 anos, cadeirantes, em uso de insulina, dificuldade de compreensão e aceitação da doença, pé diabético, deficientes visuais e auditivos, cuidado com o pé, polifarmácia |
| NUTRIÇÃO                       | TOOOS  |
| ASSISTENTE SOCIAL              | Pacientes em vulnerabilidade social  |
| VACINAÇÃO                      | TOOOS  |
| FISIOTERAPIA                   | Pacientes com dor crônica, amputação, uso de próteses  |
| PSICOLOGIA                     | Depressão com ideação suicida, sintomas psicóticos, luto complicado, TEPT  |
| ODONTOLOGIA                    | Pacientes com queixas odontológicas ou exame físico sugestivo de doença periodontal, necessidade de prótese dentária   |
| EDUCADOR FÍSICO                | TOOOS  |

Atingiu meta e sem LOA



# 8

## REFERENCIAMENTO

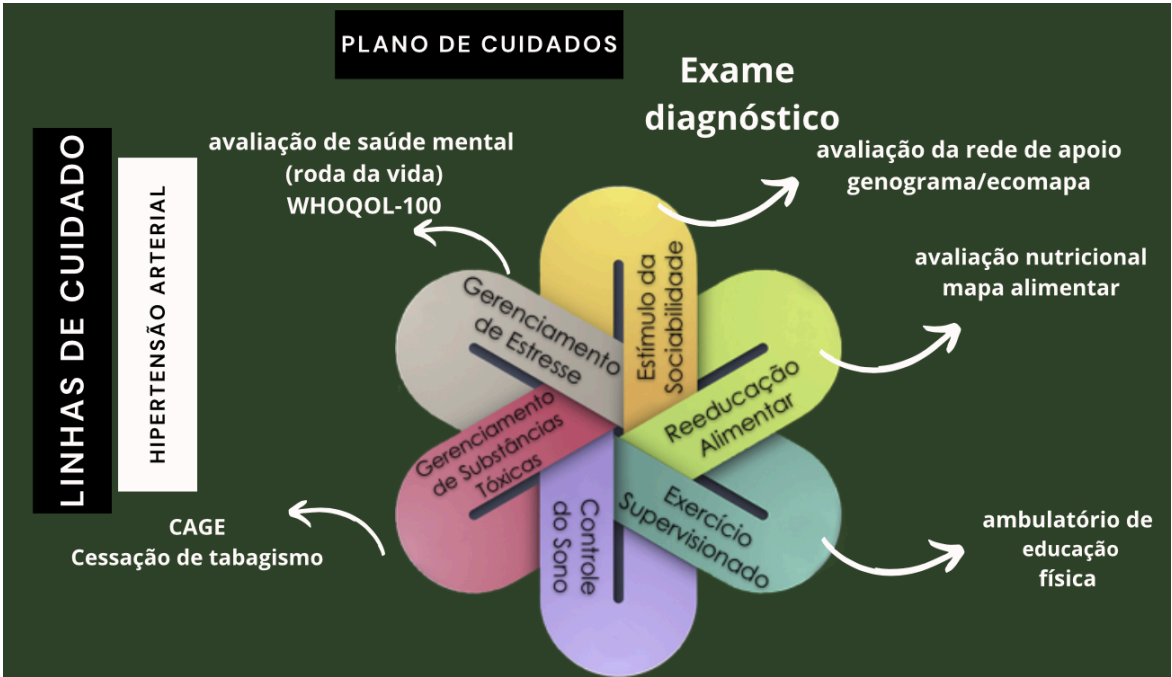
|                | CRITÉRIOS   |
|----------------|---|
| CARDIOLOGIA    | Hipertensão resistente<br>Hipertensão secundária<br>Lesão de órgão alvo - cardíaco (Sobrecargas, ICC, DAC)<br>Arritmias associadas<br>Valvopatias |
| NEFROLOGIA     | TFG <30<br>Síndrome urêmica<br>Litase renal   |
| PSIQUIATRIA    | Transtornos psiquiátricos que interferem na adesão  |
| NEUROLOGIA     | Risco AVC<br>Neuropatia grave   |
| OFTALMOLOGISTA | TOOOS (anual) - Fundoscopia   |

Especialidades focais  
INTERCONSULTA - SMART  
referência / contrarreferência

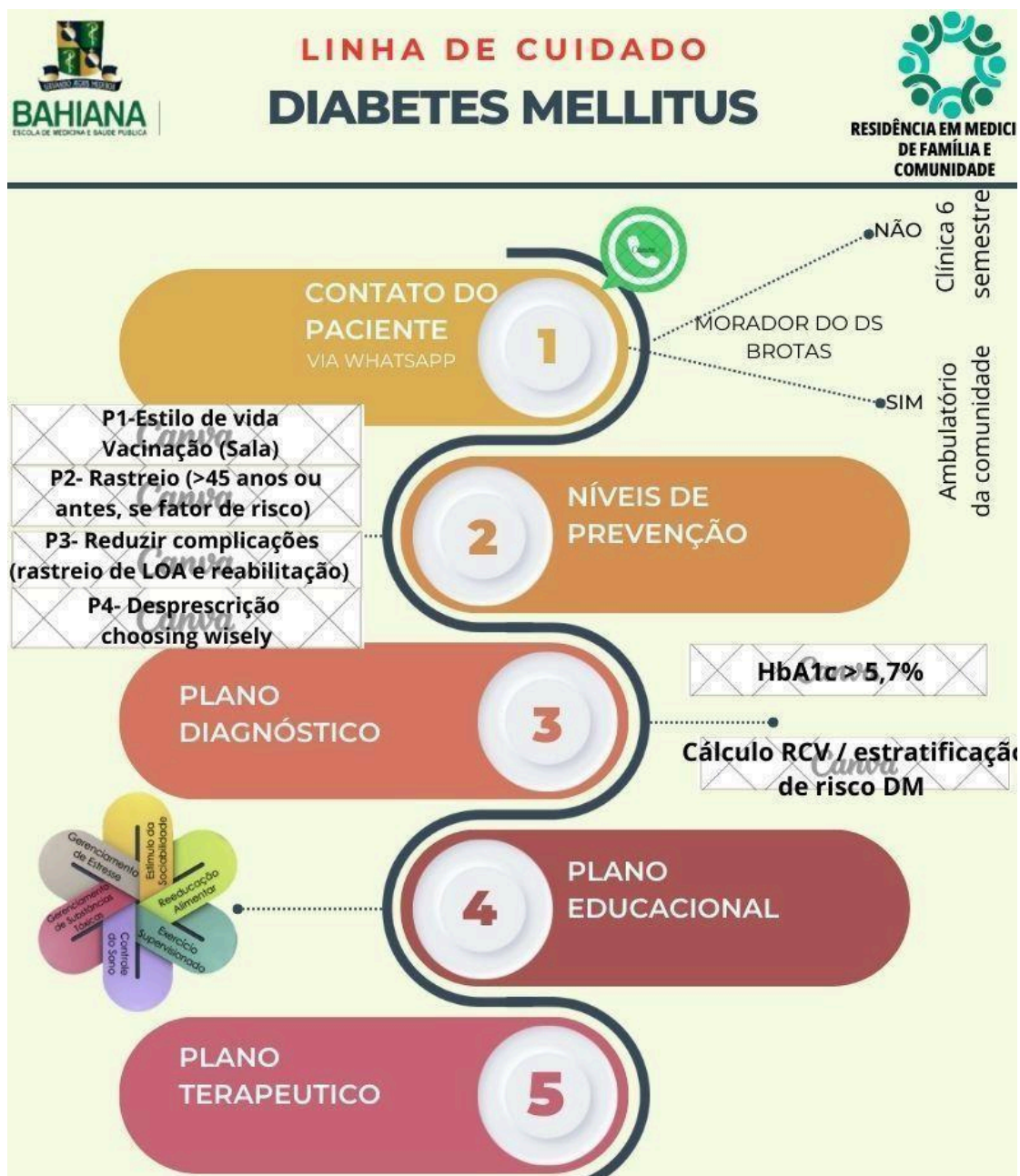
Fundoscopia (EBMSP)  
Oftalmo - Regulação

# 9

## PLANO DE ESTUDO E REAVALIAÇÃO



**APÊNCIDE D - FLUXOGRAMA DA LINHA DE CUIDADO DE DIABETES MELLI NO AC. SALVADOR, 2024.**



|   | SEM COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES   | COM COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES                                |
|---|---|--|
| MONOTERAPIA   | METFORMINA 850MG<br>METFORMINA 500MG<br>GLIFAGE XR 500MG  | METFORMINA 850MG<br>METFORMINA 500MG<br>GLIFAGE XR 500MG         |
| TERAPIA DUPLA   | METFORMINA 850MG<br>METFORMINA 500MG<br>GLIFAGE XR 500MG  | METFORMINA 850MG<br>METFORMINA 500MG<br>GLIFAGE XR 500MG         |
|   | GLICLAZIDA 60MG   | GLICLAZIDA 60MG  |
| TERAPIA TRIPLA  | ACARBOSE 50MG   | ANÁLOGOS DE GLP1*  |
|   | INIBIDOR DE DPP - IV*   |  |
| INSULINOTERAPIA   | INSULINA NPH CANETA E FRASCO<br>INSULINA REGULAR CANETA E FRASCO  | INSULINA NPH CANETA E FRASCO<br>INSULINA REGULAR CANETA E FRASCO |
| MEDICAMENTOS NÃO DISPONIBILIZADOS PELO SUS (FARMÁCIA POPULAR) | *DAPAGLIFOZINA 10MG (ACIMA DE 65 ANOS DISPENSA POR MELHOR PREÇO)<br>* INIBIDOR DE DPP - IV.<br>*ANÁLOGOS DE GLP1. |  |

7

## CUIDADO INTERPROFISSIONAL

|                                | CRITÉRIOS   |
|--------------------------------|---|
| CLÍNICA AMPLIADA DE ENFERMAGEM | Pacientes com cuidados especiais: idosos >80 anos, cadeirantes, em uso de insulina, dificuldade de compreensão e aceitação da doença, pé diabético, deficientes visuais e auditivos, cuidado com os pés, polifarmácia |
| NUTRIÇÃO                       | TODOS   |
| ASSISTENTE SOCIAL              | Pacientes em vulnerabilidade social   |
| VACINAÇÃO                      | TODOS   |
| FISIOTERAPIA                   | Pacientes com dor crônica, amputação, uso de próteses   |
| PSICOLOGIA                     | Depressão com ideação suicida, sintomas psicóticos, luto complicada, TEP*   |
| ODONTOLOGIA                    | Pacientes com queixas odontológicas ou exame físico sugestivo de doença periodontal, necessidade de prótese dentária  |
| EDUCADOR FÍSICO                | TODOS   |

8

## REFERENCIAMENTO

|                | CRITÉRIOS  |
|----------------|--|
| CARDIOLOGIA    | Hipertensão resistente<br>Hipertensão secundária<br>Lesão de órgão alvo - cardíaco (Sobrecarga, ICC, DAC)<br>Arritmias associadas<br>Valvopatias |
| NEFROLOGIA     | TFG <30<br>Síndrome urêmica<br>Litase renal  |
| PSIQUIATRIA    | Transtornos psiquiátricos que interferem na adesão   |
| NEUROLOGIA     | Risco AVC<br>Neuropatia grave  |
| OFTALMOLOGISTA | TODOS (anual) - Fundoscopia  |

Especialidades focais  
INTERCONSULTA - SMART  
referência / contrarreferência

Fundoscopia (EBMSP)  
Oftalmo - Regulação

9

## PLANO DE ESTUDO E REAVALIAÇÃO

| Risco             | Consulta               |                        |                    |
|-------------------|------------------------|------------------------|--------------------|
|                   | Médico                 | Enfermeiro             | Dentista           |
| Risco Baixo       | Anual (1x/ano)         | Semestral (2x/ano)     | Anual (1x/ano)     |
| Risco Médio       | Semestral (2x/ano)     | Quadrimestral (3x/ano) | Anual (1x/ano)     |
| Risco Alto        | Quadrimestral (3x/ano) | Trimestral (4x/ano)    | Anual (1x/ano)     |
| Risco Muito Alto* | Trimestral (4x/ano)    | Mensal (12x/ano)       | Semestral (2x/ano) |