

RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## THE MODEL OF ATTENTION TO NON-COMMUNICABLE CHRONIC CONDITIONS AND PSYCHOSOCIAL ATTENTION

<sup>1</sup>Carla Araujo Bastos Teixeira, <sup>2</sup>Ahmed Ali Gomes Yassin, <sup>3</sup>Samára dos Santos Sampaio  
<sup>4</sup>Janine Silva Ribeiro Godoy, <sup>5</sup>Adriana Ramos Leite Matalobos, <sup>6</sup>Douglas Moraes Campos, <sup>7</sup>Tayse Camelo Salgado, <sup>8</sup>Paula Alexandra Trindade Mota, <sup>9</sup>Maria Neyrian de Fátima Fernandes and  
<sup>10</sup>Rômulo Dayan Camelo Salgado

<sup>1</sup>Enfermeira. Docente dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade CEUMA – campus Imperatriz

<sup>2</sup>Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA - campus Imperatriz

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutoranda da Universidade de São Paulo – USP

<sup>4</sup>Farmacêutica. Docente do curso de Medicina da Universidade CEUMA - campus Imperatriz

<sup>5</sup>Médica. Docente do curso de Medicina da Universidade CEUMA - campus Imperatriz

<sup>6</sup>Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - campus Imperatriz

<sup>7</sup>Coordenadora Pedagógica e Docente da Escola Técnica Nova Dinâmica - Unidade de Imperatriz

<sup>8</sup>Assessora Pedagógica do curso de Medicina da Universidade CEUMA - campus Imperatriz

<sup>9</sup>Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – campus Imperatriz

<sup>10</sup>Biólogo e Fisioterapeuta. Docente do curso de Medicina da Universidade CEUMA – campus Imperatriz

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 18<sup>th</sup> August, 2019

Received in revised form

16<sup>th</sup> September, 2019

Accepted 03<sup>rd</sup> October, 2019

Published online 20<sup>th</sup> November, 2019

#### Key Words:

Primary Health Care; Mental Health Services;  
Family Health Strategy;  
Comprehensive Health Care;  
Chronic Disease.

### ABSTRACT

The present work aims to be a reflexive analysis on the chronic conditions (MACC) model of attention as the organizing axis of primary health care teams with transversality in psychosocial attention. This is a descriptive study with reflexive analysis. The results were discussed in three categories: MACC as the guiding principle; Psychosocial Attention Network and MACC; the relevance of MACC in the training of health professionals. As results, for primary care to work integrated psychosocial care is necessary a reorientation of the model adopted in the network points. Using the model of attention to chronic conditions, demystifying the view focused only on diseases and coping with acute and sporadic, implies serving the user with a vision of integrality of care and not based on a pathology or symptomatological complaint, but in the individual context, familiar and social, that the user is inserted. Thus, it is necessary to reflect, understand and re-significate learning in the training of health professionals.

Copyright © 2019, Carla Araujo Bastos Teixeira. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Carla Araujo Bastos Teixeira, Ahmed Ali Gomes Yassin, Samára dos Santos Sampaio, et al. 2019. "The model of attention to non-communicable chronic conditions and psychosocial attention", *International Journal of Development Research*, 09, (11), 31215-31220.

### INTRODUCTION

A atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) contempla um eixo específico de atenção à saúde voltada para doenças de grande prevalência na população. Suas causas são multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, correlacionando-se a percentuais significativos de comorbidades com desdobramentos que podem tanto levar a óbito como causar impactos na capacidade produtiva do indivíduo.

Essa abordagem é efetiva quando envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014). O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (MENDES, 2011), originário do *Chronic Care Model* (CCM) (WAGNER, 1998), proposto nos Estados Unidos, vai muito além das doenças crônicas. Envolve também as doenças infecciosas persistentes, condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida; as deficiências físicas e estruturais contínuas; doenças metabólicas; doenças bucais;

as condições de saúde caracterizadas como enfermidades em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos; e os distúrbios mentais de longo prazo (MENDES, 2012). No século XXI a população mundial vivencia uma transição demográfica acelerada. No Brasil, em 2050 a estimativa é que o número de pessoas com mais de 60 anos ultrapasse o número de jovens, favorecendo a predominância de condições crônicas. Todavia, a população brasileira, além da transição demográfica, revela uma transição epidemiológica singular expressa por uma tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e as condições crônicas (MENDES, 2012). O sistema de saúde brasileiro ainda possui uma organização fragmentada dos seus serviços com respostas reativas e pontuais de acordo com as demandas da sociedade, priorizando as condições agudas das doenças (MENDES, 2012). Nesse contexto, destaca-se as pessoas com sofrimento mental, a Atenção Primária deveria ser capaz de atender os casos com nivelamento leve a moderado. Porém, na prática há uma interpretação distorcida dos ideais da Reforma Psiquiátrica.

Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) apresentam elevada demanda advinda de encaminhamentos equivocados da atenção primária. Existe um hiato na comunicação entre os diversos dispositivos da Atenção Primária em Saúde Mental, o que prejudica a integralidade do cuidado. Essa problemática é resquício do modelo asilar de outrora que compartimentava a atenção à saúde mental, separando-a dos demais eixos de atenção à saúde. Infelizmente, trata-se de uma herança sociocultural que ainda carece de resignificação (TEIXEIRA; SAMPAIO, 2019). Considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) um direito humano fundamental, com base nos avanços inegáveis da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as suas limitações, torna-se fundamental encontrar possibilidades para o enfrentamento da epidemia das condições crônicas como a reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, faz-se necessário uma sistematização textual com intuito de contemplar didaticamente o MACC, discutindo o seu arcabouço teórico legal, os dispositivos da atenção primária como o eixo organizador da rede de atenção psicossocial e a relevância do MACC na formação dos profissionais da saúde para uma APS de qualidade. Assim, este estudo objetiva analisar o MACC como eixo organizador das equipes de Atenção Primária com a transversalidade na atenção psicossocial.

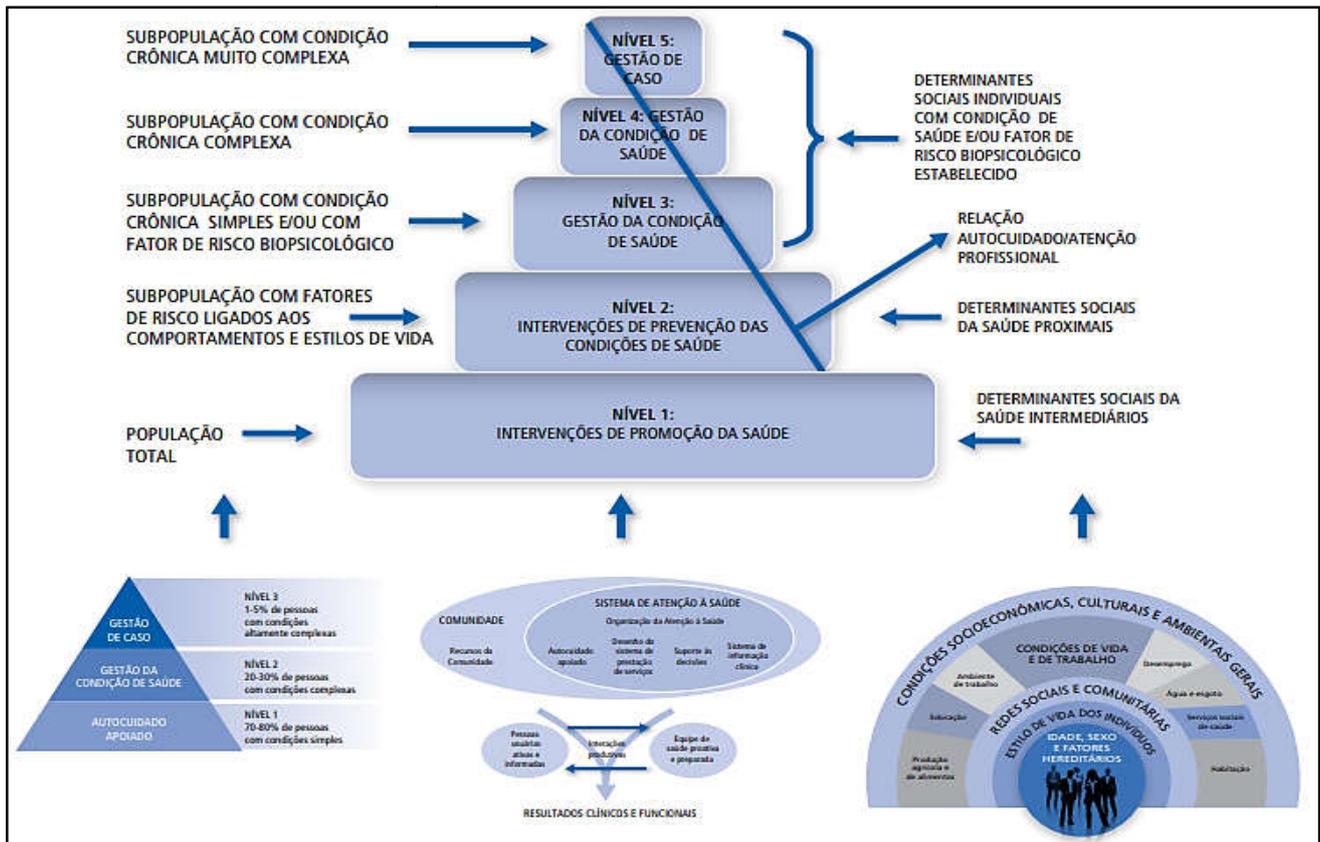
## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com análise reflexiva e compreensiva de estudos sobre MACC como eixo orientador; Rede de Atenção Psicossocial e o MACC; a relevância do MACC na formação dos profissionais da saúde. Nas duas primeiras categorias foram resgatados os conceitos teóricos e estudos realizados. A terceira categoria representa a necessidade da discussão do modelo teórico de atenção às condições crônicas perpassando a formação dos profissionais da saúde para uma operacionalização em totalidade e em qualidade da APS. As referências apresentadas pela literatura foram coletadas a partir das bases de dados MEDLINE, SciELO, Biblioteca Virtual em Violência e Saúde da Bireme e os sites governamentais, que contém documentos normativos e orientadores sobre temática em âmbito nacional.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

**O MACC como eixo orientador:** A atenção às doenças crônicas não transmissíveis se dá no Brasil, inicialmente, na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), conhecida como Constituição Cidadã, que introduziu os conceitos de equidade, universalidade e integralidade aplicados a saúde e a criação do SUS. Esses conceitos foram reelaborados e adaptados como princípios do SUS, reorientando o modelo de atenção de saúde brasileiro e despertando o processo de participação popular e regulamentado pelas Leis 8080/90 (BRASIL, 1990) e 8142/90 (BRASIL, 1990), as Leis Orgânicas da Saúde. Além dos princípios, a lei 8080/90 traz de forma complementar as diretrizes que norteiam a atenção em saúde, dentre as quais destacam-se a territorialização, descentralização, regionalização e hierarquização, participação da comunidade (BRASIL, 1990). A Lei 8142/90 estabelece o controle social da gestão de saúde, ou seja, a população passa a participar, por meio de representantes, do processo de criação, execução e acompanhamento de políticas de saúde (BRASIL, 1990). As Leis Orgânicas da Saúde são marcos históricos e sociais para a população brasileira. Pensando na população com doenças crônicas não transmissíveis, os princípios e diretrizes do SUS asseguram assistência à saúde de maneira digna, visando o acesso de todos aos serviços em todos os níveis do sistema (universalidade), o cuidado com foco nas demandas e nas necessidades de saúde, abrangendo o sujeito como todo (integralidade), mas respeitando as suas particularidades.

O modelo da Atenção Básica, nome dado a APS no Brasil, fracassa ao responder às situações de saúde dominadas por condições crônicas, como em outros países, com um modelo de atenção voltado para os eventos agudos (SINGH, 2005). Nesse sentido, é necessário a utilização de modelos de atenção às condições crônicas, desmitificando o olhar somente centrado em doenças e enfrentamento de modo agudizado e esporádico destas. O novo modelo de atenção (MENDES, 2012) envolve tanto as doenças crônicas como as condições crônicas, todas as doenças infecciosas persistentes, as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida, os distúrbios mentais de longo prazo, as deficiências físicas e estruturais contínuas, as doenças metabólicas, as doenças bucais não agudizadas e às condições de saúde caracterizadas como enfermidades (*illnesses*) (MENDES, 2018; KNAUTH; OLIVEIRA; CASTRO, 2013). As condições de saúde podem ser caracterizadas como circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e dos usuários (MENDES, 2012). As tecnologias propostas pelo novo MACC é uma possibilidade de se adaptar a organização do cuidado às exigências de um sistema de atenção à saúde pública e universal como o SUS. A base do MACC é o CCM do *MacCollInstitute for Health CareInnovation* (WAGNER, 1998), porém, esse modelo foi expandido com a incorporação de outros dois modelos, o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR) (BENGOA, 2008) e o modelo da Determinação Social da Saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991) (Figura 1).



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (OPAS, 2013) adaptado de Mendes (2009).

O MACC está sustentado por três colunas: uma contém a população total estratificada em subpopulações por estratos de risco; na outra estão os diferentes níveis de determinação social da saúde e na terceira estão integrados os níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações (MENDES, 2018). A relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levou à instituição da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2014). O objetivo dessa Rede é a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias das linhas de cuidado e também a promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014). A atenção primária de qualidade se dará quando todos os seus atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. São quatro, os atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e três os atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). Isso implica em atender o usuário com uma visão de integralidade da atenção e não pautado em uma patologia ou queixa sintomatológica, mas no contexto individual, familiar e social, que o usuário está inserido.

**Rede de Atenção Psicossocial e o MACC:** A Reforma Psiquiátrica, sedimentada na desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, na consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, com ênfase em uma rede de cuidados que contemple a APS e que se sustente nela, juntamente com a Reforma Sanitária, movimento que acompanhou a redemocratização do país e culminou com a criação do SUS e seus princípios incluídos na Constituição em 1988. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), com as Leis Orgânicas da Saúde (1990) e as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992 e 2001), novas diretrizes do Ministério da Saúde reorientaram o sistema

assistencial em saúde, a Reforma Psiquiátrica como base, com a efetiva inclusão das Políticas de Saúde Mental na APS e ações de Saúde Mental no território (BRASIL, 2005). A Portaria 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011), seguindo os princípios e diretrizes da Portaria 4.279/2010 (BRASIL, 2010), regulamentando o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. A RAPS (BRASIL, 2011) estabelece a responsabilidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) em desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Todas essas ações são compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede, e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) para fortalecer a ESF em pontos estratégicos. A RAPS marca um avanço na organização dos serviços em saúde mental ao instituir a importância de uma rede de base territorial com hospitais gerais atendendo os indivíduos desta rede quando a internação é necessária. Contudo, estudos têm relatado que o trabalho em rede e no território, articulado, propostos pelas portarias e políticas públicas apresentam dificuldades ao longo dos anos, especialmente na articulação entre Atenção Primária à Saúde e CAPS (SOUSA, 2014).

Os problemas identificados estão relacionados à ausência de capacitação dos profissionais da atenção primária para lidar com a demanda de saúde mental e com o sofrimento mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; PINI; WAIDMAN, 2012); à identificação do sofrimento mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007) em dificuldades na prática de encaminhamentos (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009), ou no acolhimento e atenção quando esse usuário deve ou não ser encaminhado (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009). Para a APS funcionar integrada a atenção psicossocial é necessária uma reorientação do modelo adotado nos pontos da

rede. A utilização do MACC é uma possibilidade de atender às exigências da atenção à saúde mental de forma integral e implica promover mudanças profundas na forma como se presta a atenção à saúde. A Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e o MACC apresentam princípios comuns, baseando-se em um mesmo referencial teórico e filosófico, culminando em práticas que se superpõem. A necessidade de reordenar a rede de saúde mental nasce da perspectiva de que a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade próxima da vida das pessoas, pois está instalada onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, e por isso desempenham um papel importante para garantir acesso e qualidade na atenção à saúde. Por estar inserida no território, tem possibilidades de, na sua prática, considerar as peculiaridades do local onde está inserida (BRASIL, 2011; GONÇALVES, 2017).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) instituída pela Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, é necessário superar o entendimento simplista da atenção primária e compreender os múltiplos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde dos indivíduos os quais podem ser contemplados pela atenção básica (BRASIL, 2017). A ESF deve ser o centro da rede como ordenador e coordenador do cuidado em saúde mental, fortificando o que o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) já havia instituído. Para atender o usuário transversalmente em vários pontos e componentes dessa rede, são necessárias mudanças na atenção à saúde na ESF, considerando o MACC como modelo organizador, em nove dimensões principais: da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família; o fortalecimento do autocuidado apoiado; o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada; da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional; a introdução de novas formas de atenção profissional; o estabelecimento de novas formas de relação entre a ESF e a atenção ambulatorial especializada; o equilíbrio entre a atenção presencial e a atenção não presencial; e o equilíbrio entre a atenção profissional e a atenção por leigos (MENDES, 2012).

Nessa perspectiva, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) propôs a implementação do LIACC (Laboratório de Inovações às Condições Crônicas) baseado no MACC, como um projeto piloto nas cidades brasileiras de Curitiba (2011) no estado do Paraná, Santo Antônio do Monte (2013) em Minas Gerais e Tauá (2014) no Ceará (ANDRADE *et al.*, 2017). Em Curitiba, a implementação do LIACC surgiu da necessidade de tratar as condições crônicas em saúde, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e depressão, com tecnologias mais eficientes. O destaque para depressão no processo de implantação do MACC se constituiu em um marco à sistematização e construção da visibilidade dessa condição de saúde, estabelecendo a ESF como o principal recurso para diagnóstico e manejo do transtorno, agregando novas tecnologias para abordagem da condição. O processo de inovação levou à necessidade da criação de uma diretriz clínica, a UBS se tornou cada vez mais a referência para a pessoa, afinal, a equipe desse equipamento de saúde é aquela que consegue estar mais próxima da realidade de cada usuário, conhecendo as potencialidades e dificuldades para o manejo de um quadro depressivo<sup>15</sup>. As equipes das UBS ao serem comparadas a serviços de Atenção Especializada, conseguem manter uma visão mais integral do processo saúde-doença da

pessoa com depressão, conseguindo conduzir seu tratamento para fatores além dos psíquicos, como os clínicos e sociais, conseguindo mobilizar recursos comunitários para além do setor da saúde, visando melhorar o manejo da depressão. O acompanhamento pelas equipes das UBS é longitudinal e contínuo, integrando-se à história de vida da pessoa, enquanto os serviços especializados são incluídos quando for necessário apoio à pessoa ou à equipe, assim como quando existe risco iminente à vida. O CAPS é um instrumento que também tem a potencialidade de realizar esse trabalho horizontal, mesmo quando o usuário do serviço não está dentro do equipamento de saúde (OPAS, 2013). Em um estudo qualitativo realizado no norte do Ceará (COSTA *et al.*, 2018), foram descritos os fatores psicossociais enfrentados por adolescentes grávidas atendidas em uma Unidade com Estratégia de Saúde da Família. Emergiram como resposta para as modificações psicossociais enfrentadas pelas adolescentes grávidas do estudo: sentimento de rejeição, tristeza e angústia oriundos de uma gravidez indesejada, devido a um impacto na vida psicológica dessa adolescente, embora nem sempre enfrentada dessa forma.

As adolescentes identificaram diversos fatores influenciadores da sua condição e relataram o suporte da família e da equipe multidisciplinar da ESF, com a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os médicos, os técnicos de enfermagem e enfermeiros, sendo estes últimos o profissional mais aludido pelas participantes. Dessa forma, destacou-se a necessidade da construção de um plano de cuidados, por intermédio de discussões entre os profissionais de saúde e as adolescentes, sobre a melhor forma de assistir a gravidez nos serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2018). O uso do MACC nos contextos citados seria uma possibilidade para enfrentar as condições crônicas evidenciadas. Compreendendo o usuário como a única pessoa que pode colocar em prática e garantir a manutenção de uma mudança, fazendo parte do processo decisório de cada “prescrição”, que deixa de ter uma característica de comando e passa a funcionar por meio de acordos aceitáveis tanto para a equipe, quanto para os sujeitos.

**A relevância do MACC na formação dos profissionais da saúde:** O contexto em que está inserido o modelo de atenção é fundamental, não só os usuários são responsáveis por essa dinâmica, mas os profissionais que fazem parte da equipe. Assim, é necessário refletir, compreender e ressignificar a aprendizagem na formação do profissional da saúde. Tanto no ensino tradicional, quanto em processos de metodologias ativas, é importante a introdução ao tema deste estudo. Os alunos devem ser sujeitos da produção do saber uma vez que experimentam as situações-problema no mundo da vida e/ou do trabalho que geram inquietudes e necessidade do saber (MATTOS; DELATORRE; GOMES, 2017). Poder lidar com situações reais no processo ensino-aprendizagem ao longo da formação em saúde é um aspecto fundamental para contemplar nesse processo os aspectos humanísticos e éticos desses profissionais. Dessa maneira, a prática clínica poderá ser enriquecida na medida em que o estudante seja capaz de elaborar um projeto de cuidado adequado e contextualizado, pautado pelo compromisso e pelo interesse em atender as necessidades das pessoas sob o seu cuidado (FEUERWERKER, 2002). Para a implantação das diretrizes do MACC, é preciso que o processo pedagógico englobe as metodologias ativas de aprendizagem, o desenvolvimento de habilidades clínicas, o matriciamento e o trabalho em equipe multiprofissional.

Astransformações para o atendimento integral na APS ao usuário com condição crônica em saúde mental, precisam ser profundas não apenas nas práticas pedagógicas dos sujeitos que prestarão o cuidado, mas na própria organização institucional e nas práticas de saúde. Faz-se necessário estimular a participação de docentes, estudantes e trabalhadores nesse processo no qual uma ação conduz a outra num movimento crescente de mudança (MATTOS; DELATORRE; GOMES, 2017). As circunstâncias onde a educação em saúde geralmente se desenvolve ao fragmentar o objeto, os objetivos e o processo de assistência – por vezes desumanizando a docência e a assistência, embora muitas mudanças curriculares venham sendo implantadas desde 2004. As novas demandas de formação e qualificação de profissionais representam novos desafios à forma de ensinar e a introdução das redes de computadores e do acesso à internet na educação são possibilidades para implantar mudanças radicais, mas falta preparação e treinamento dos docentes para o uso adequado dos recursos (CECCIM, 2005). É necessário considerar a educação permanente em saúde como uma estratégia essencial na transformação dos serviços de saúde para que esses lugares sejam espaços em que a crítica e a reflexão sejam uma constante e, conseqüentemente, haja engajamento e competência nas ações dos trabalhadores da saúde (ROCHA, 2015). O MACC apresenta como características principais a gestão do cuidado baseada na população, a estratificação de risco e o reforço ao autocuidado. Para esse modelo ter êxito e conseguir modificar a atenção às condições crônicas é preciso considerar a infraestrutura e capacidades locais, o respeito aos contextos e tempos locais, as oportunidades para a construção coletiva e participativa das estratégias a serem utilizadas nas UBS, a formação integral e ampliada dos profissionais de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O MACC como eixo organizador das equipes de Atenção Primária com a transversalidade na atenção psicossocial para ser implementado perpassa a formação dos profissionais da saúde, para uma operacionalização em totalidade e em qualidade da APS. As atividades realizadas nas UBS, com a inserção da Equipe de ESF, com a atuação dos ACS como elo entre a comunidade, o sistema de atenção primária e os pontos da Rede de Atenção Psicossocial podem ser uma alternativa para implementação mais efetiva da atenção às condições crônicas. O ACS cadastrando as famílias, classificando o risco familiar e identificando os grupos vulneráveis, estratificando também o risco individual e familiar daquela comunidade é uma forma de qualificar o cuidado e possibilitar maior resolutividade. A proposta da APS ser o centro organizador da atenção à saúde e se conectar com os demais pontos da rede necessita da educação em saúde, com os conceitos teóricos a serem trabalhados na formação dos profissionais que atuam na ponta do SUS, mais especificamente, na UBS, para adequações mais fidedignas com a prática da atenção em saúde e a educação em saúde da população usuária, com a transformação dos ideais culturais da população sobre a importância da atenção primária no SUS.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE MV *et al.* 2017. Avaliação do laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, Brasil. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR. 46 p.
- BENGOA R. 2008. Curar y cuidar. In: Bengoa R, Nuño RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier Masson.
- BRASIL, 1988. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL, 1990. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF.
- BRASIL, 1990. Lei no. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF.
- BRASIL, 2001. Ministério Da Saúde. Decreto nº. 7.508, de 18 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- BRASIL, 2005. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília.
- BRASIL, 2006. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL, 2010. Ministério Da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 89.
- BRASIL, 2011. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL, 2014. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. 162 p.
- BRASIL, 2014. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- BRASIL, 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 160 p.
- BRASIL, 2017. Ministério Da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- CECCIM RB, 2005. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva.v.10, n. 4, pp: 975-986.
- COSTA GC *et al.* 2018. Fatores psicossociais enfrentados por grávidas na fase final da adolescência. Rev Bras PromoçSaúde. v.31, n.2, pp:1-8.

- DAHLGREN G, WHITEHEAD M. 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Stocolm: Institute for Future Studies.
- DIMENSTEIN M, GALVÃO VM, SEVERO AKS. 2009. O apoio matricial na perspectiva de Coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. v. 4, n.1. São João del Rei.
- FEUERWERKER LCM, 2002. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec.
- FIGUEIREDO MD, CAMPOS RO, 2009. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, pp: 129-138.
- GONÇALVES MR *et al.* 2017. Desafios da atenção primária à saúde no Brasil. Porto Alegre: UFRGS. 85 p.
- JUCÁ VJS, NUNES MO, BARRETO SG. 2009. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciênc. saúde coletiva*. v.14, n. 1 pp: 173-182.
- KNAUTH DR, OLIVEIRA FA, CASTRO RCL. 2013. Antropologia e atenção primária à saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed. p. 66-71. 5.
- MATTOS ATR DE, DELATORRE T, GOMES WZ, 2017. A importância da adoção de metodologias ativas no ensino médico da atenção primária à saúde. In: Forster AC, Ferreira JBB, Vicentine FB. (Org.). *Atenção à saúde da comunidade no âmbito da atenção primária à saúde na FMRP-USP*. 1ed. Ribeirão Preto: Funpec. p. 203-220.
- MENDES EV, 2011. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 549 p.
- MENDES EV. 2012. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 512 p.
- MENDES EV. 2015. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 193 p.
- MENDES EV. 2018. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde. *RevBrasPromoç Saúde*. v.31, n.2, pp: 1-3. Fortaleza.
- MENDES, EV. 2009. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. *Belo Horizonte:[sn]*.
- NUNES M, JUCÁ VJ, VALENTIM CPB. 2007. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2375-2384.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)2013. A implantação do modelo de atenção as condições crônicas em curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. 390 p.
- PINI JS, WAIDMAN MAP, 2012. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 2, pp: 372-379. São Paulo.
- ROCHA J. 2015. Uso de tecnologias da informação e comunicação na educação em saúde. *Problematização e desenvolvimento. Medicina (Online)*. v.48, n. 3), pp: 214-223. Ribeirão Preto.
- SINGH D, 2005. Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: University of Birmingham.
- SOUSA E. 2014. Os nós da Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Rede de Atenção Psicossocial. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis.
- STARFIELD B. 2002. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 726p.
- TEIXEIRA CAB, Sampaio SS. 2019. A Enfermagem em Saúde Mental no Contexto da Atenção Básica. *Arq. Ciênc. Saúde*. v. 23, n. 1, pp: 1-67. UNIPAR.
- WAGNER EH, 1998. Chronic disease management: What will take to improve care for chronic illness? *Effect ClinPract*. v.1, pp: 2-4.

\*\*\*\*\*