

Ações Coletivas para o Acompanhamento de Doenças Crônicas: um Relato de Experiência

Collective Actions for the Management of Chronic Diseases: an Experience Report

Caio Batista Vieira

Graduando em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0005-6769-4048>

E-mail: caiobv123@hotmail.com

Giovana Alves Madureira

Graduanda em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0007-2233-0288>

E-mail: gialvesmadureira@gmail.com

Hudson Souza Guimarães

Graduando em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0000-8395-750X>

E-mail: HUDSON-GUIMARAES@ESCS.EDU.BR

Isabelle Luise Rodrigues Eitel

Graduanda em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0007-1709-0902>

E-mail: isabelleluiseeitel@gmail.com

Jessika Alessandra do Nascimento Ermoges

Graduanda em Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0009-7031-8472>

E-mail: jessika-ermoges@escs.edu.br

João Gabriel Bueno

Graduando em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0002-4309-8856>

E-mail: joao-bueno@escs.edu.br

Leonardo de Oliveira Poggio

Graduando em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0002-6474-1775>

E-mail: leonardo.poggioal@escs.edu.br

Marco Savi Fontanive

Graduando em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0001-4131-0270>

E-mail: marco-fontanive@escs.edu.br

Mayane Manoela Estrela de Oliveira

Graduando em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0009-0431-2056>

E-mail: mayane-oliveira@escs.edu.br

Thatiana Santos Machado de Oliveira

Graduando em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0005-4749-4217>

E-mail: thatiana-oliveira@escs.edu.br

Tiago Teixeira Mesquita Barroso

Graduando em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0008-2010-4129>

E-mail: tiago-barroso@escs.edu.br

Vinicius Henrique Barros Aguiar

Graduando em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0002-8329-5168>

E-mail: vinicius-aguiar@escs.edu.br

Waldemir de Albuquerque Costa

Médico e docente da Escola Superior de Ciências da Saúde

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-1128-2851>

E-mail: doutorwal@gmail.com

Resumo

Diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) são doenças crônicas de elevado grau de morbimortalidade e que geram significativo impacto socioeconômico, tendo a Atenção Primária à Saúde um papel resolutivo e custo-eficiente para o acompanhamento e prevenção destas patologias. Com base nisso, este trabalho descreve a experiência de estudantes de medicina na qualificação do cuidado a portadores de DM e HAS junto a uma equipe de Saúde da Família do Distrito Federal, no contexto de um projeto de extensão. Foi realizada a implantação de um grupo de atendimentos coletivos num espaço comunitário do território de abrangência da equipe sob a forma de atividade-piloto, com organização de roteiro assistencial e ações de educação em saúde. A iniciativa contribuiu, desse modo, para o acesso de dezenas de usuários, abriu horizontes para diversas melhorias nesta linha de cuidado, unificando ações educativas e assistenciais de grupo, e permitiu a construção de aprendizados implicados com retorno efetivo à população.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Prática de grupo.

Abstract

Diabetes mellitus (DM) and systemic arterial hypertension (SAH) are chronic diseases with a high degree of morbidity and mortality, and they have a significant socio-economic impact. Primary Health Care plays a crucial and cost-effective role in the management and prevention of these conditions. Based on this, this work describes the experience of medical students in improving care for individuals with DM and SAH alongside a Family Health team in the Federal District, within the context of an extension project. A group-based collective care model was implemented in a community space within the team's area of coverage as a pilot activity, with the organization of a care pathway and health education actions. Thus, this initiative contributed to providing access to dozens of users, opened up possibilities for various improvements in this line of care, unified educational and group-based care actions, and allowed for the construction of learning experiences with tangible benefits for the population.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Group Practice.

Área temática: Saúde

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de alta prevalência no Brasil e no mundo e que representam um grande desafio em termos de saúde pública na contemporaneidade.



Ambas as patologias estão fortemente associadas a complicações cardiovasculares e metabólicas, sendo fatores de risco importantes para eventos como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência renal e outras comorbidades severas e incapacitantes (Brasil, 2023). No contexto brasileiro, essas doenças têm impactado de forma substancial a mortalidade, as internações hospitalares e os custos para a Seguridade Social, demandando uma atenção especial para o desenvolvimento de estratégias de cuidado integradas e eficazes (Brasil, 2021).

Com o processo de envelhecimento da população brasileira nas últimas décadas, em ritmo mais acelerado que o da maioria dos países alta renda, há ainda mais desafios para a sustentabilidade financeira do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como para a capacidade organizacional do sistema e para o perfil de formação de seus profissionais (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023). Segundo projeções, até 2030 teremos mais brasileiros acima de 60 anos do que entre 18 e 49 anos, o que pode implicar num aumento exponencial da carga de DCNT, com redução da qualidade de vida, aumento de limitações, incapacidades, sofrimento de pacientes e cuidadores e maior vulnerabilidade da população. Nos dizeres de José Gomes Temporão (Temporão [...], 2013), ex-Ministro da Saúde, estamos diante de uma verdadeira “bomba-relógio”.

Diante desse quadro, ganha destaque o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) – com larga experiência nacional e internacional. Os cuidados primários em saúde são capazes de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde, agindo de forma eficaz e eficiente sobre as principais causas de adoecimento e risco ao bem-estar da população (Starfield, 2002). Sistemas de saúde com fortes redes de APS tendem a apresentar melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo de usuários entre os pontos do sistema, assistência mais efetiva às DCNT, melhor custo-efetividade nos investimentos do setor, maior uso de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição de iniquidades na saúde (Starfield; Shi; Macinko, 2005). Num cenário como o do Brasil, torna-se ainda mais urgente o fortalecimento e a qualificação da APS para o cuidado das DCNT em médio prazo, sob o risco de colapso de todos os níveis assistenciais (Brasil, 2021).



No SUS, a APS se estrutura preferencialmente através da Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por equipes de Saúde da Família (eSF) que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que atuam com um território adscrito, ou seja, uma área sob a responsabilidade sanitária da UBS. As equipes atuam não só no diagnóstico e tratamento de doenças, mas também na prevenção de agravos e promoção de saúde, visando, além do cuidado individual, ao cuidado com a família e comunidade (Macinko; Mendonça, 2018).

Para uma melhor estruturação das redes de saúde às condições crônicas, são organizadas as chamadas “linhas de cuidado” – padronizações técnicas que orientam os serviços, demonstrando fluxos assistenciais com planejamento seguro e estabelecendo o itinerário ideal dos usuários nos diferentes níveis, com a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora preferencial da rede (Brasil, [2025]). Em termos práticos, contudo, existe uma lacuna muito grande entre o que está expresso nas diretrizes de manejo das DCNT no país (**linhas de cuidado “de jure”**) e o que de fato chega a ser executado na APS dos municípios (Brasil, [2025]). O conjunto de ações implementadas por gestores e equipes de saúde em seus territórios é chamado, assim, de **linhas de cuidado “de facto”**. Segundo pesquisa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) (Eleone *et al.*, 2021), existem sete causas principais pelas quais as linhas de cuidado para DCNT não têm sido adequadamente implantadas em grande parte do Brasil:

- Causa 1: Gargalos de acesso impedem que usuários realizem rastreio e tratamento de DCNT;
- Causa 2: Faltam profissionais e treinamento para a atuação em equipes multiprofissionais no SUS;
- Causa 3: Linhas de cuidado são operadas em total ou parcial segregação entre níveis de cuidado;
- Causa 4: A maioria dos usuários com doenças crônicas não estão sendo acompanhados;
- Causa 5: A maioria dos usuários que sofrem de doenças crônicas não estão cadastrados;
- Causa 6: A lentidão do processo de informatização da APS no Brasil
- Causa 7: Baixa adesão ao tratamento por parte dos usuários com DCNT (Eleone *et al.*, 2021, p. 4).

No nível da APS, linhas de cuidado “*de facto*” se traduzem, em grande parte dos casos, na simples oferta de consultas individuais por médicos e enfermeiros das UBS com



agendamento rígido e sem longitudinalidade; e, de modo adicional, por meio da renovação semestral de receitas de portadores de HAS, DM e outras DCNT sem avaliação presencial dos usuários, como forma de atenuar a pressão assistencial das eSF (Eleone *et al.*, 2021; Gomes *et al.*, 2021; Leal, 2021).

Este artigo não se destina a julgar as razões de cada equipe na adoção dessas práticas, mas, sim, a observar seus resultados mais concretos – barreiras de acesso, redução da qualidade da assistência, ausência de estratificação de risco e da singularização do cuidado dos usuários, entre outros (Eleone *et al.*, 2021; Gomes *et al.*, 2021; Leal, 2021). Em outras palavras, se uma APS é capaz de intervir de modo resolutivo sobre um conjunto de patologias de grande impacto no SUS.

Sob outro aspecto, uma importante dimensão do trabalho nas linhas de cuidado são as **ações coletivas** nas comunidades. Essas atividades, de modo geral, têm realizado um forte apelo para o componente da educação em saúde e representam importante recurso para o vínculo e adesão terapêutica de muitos usuários no Brasil (Alves; Aerts, 2011). Apesar disso, reconhece-se uma lacuna do componente “assistencial” entre grande parte dessas ações, que acaba sendo relegado para o agendamento tradicional de consultas, frequentemente afunilado pela demanda reprimida (e retornando aos dilemas das linhas de cuidado “*de facto*”) (Mendes, 2012). Por outro lado, ações exclusivamente direcionadas para a parte educativa apresentam menor capacidade de atração dos usuários, gerando quebra de expectativas e menor alcance na comunidade (Mendes, 2012; Tiveron; Guanaes-Lorenzi, 2013).

Diante dessa realidade, têm crescido no Brasil as intervenções de cunho misto, como os “**atendimentos coletivos**” (consultas coletivas, atenção compartilhada a grupo, atenção contínua etc.) (Masley; Sokoloff; Hawes, 2000; Mendes, 2012), em que é possível realizar um maior número de consultas em comparação com as agendas tradicionais, mas com maior participação e troca de experiências entre a comunidade. Nesses desenhos, torna-se possível a aproximação entre ferramentas assistenciais e educativas das eSF, a disponibilização de novos pontos de acesso aos usuários e, quando ofertada com regularidade, a constituição de “grupos” (operativos, terapêuticos, dentre outros) (Alves;



Aerts, 2011; Masley; Sokoloff; Hawes, 2000; Mendes, 2012; Tiveron; Guanaes-Lorenzi, 2013).

Mesmo com o crescimento de experiências de grupo com componente assistencial no Brasil, ainda são escassas as publicações sobre o tema em nível nacional (Mendes, 2012; Menezes; Avelino, 2016; Rossetto; Grahl, 2021). Na literatura sobre as ações coletivas, ainda predominam as atividades de educação em saúde para portadores de DCNT com enfoque expositivo e limitado a públicos já bastante assíduos aos serviços de saúde, restringindo o alcance e o impacto dessas iniciativas (Funayama; Cyrino; Garcia, 2022; Mendes, 2012).

Com base nesse cenário e levando em consideração a lacuna teórica do tema, este trabalho tem por objetivo descrever a experiência de um projeto de extensão (PROEX) ligado a uma faculdade de medicina do Distrito Federal (DF) na implantação de um grupo de atendimentos coletivos para a qualificação da linha de cuidado de HAS e DM de uma eSF.

Contextualizando a experiência

Este trabalho foi desenvolvido entre agosto e setembro de 2024 na UBS 1 de Vicente Pires, Região Administrativa (RA) da periferia urbana do DF, que funciona como cenário de prática da faculdade de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), vinculada ao eixo Interação Ensino-Serviço e Comunidade (IESC). Essa unidade possui 11 eSF, que cobrem uma população estimada em 78 mil habitantes, sendo o único serviço de APS de toda a RA (CODEPLAN, 2021). A UBS fica localizada em um dos extremos geográficos da RA, dificultando o acesso de grande parte de sua população, com destaque para pessoas idosas, grupo com maior prevalência de HAS e DM.

Mesmo com um elevado número de equipes, a unidade apresenta uma demanda bastante superior à esperada para cada profissional e eSF, resultando em longas filas de agendamento para médicos e enfermeiros. Com isso, tem ocorrido a sobrecarga das



equipes e déficit no seguimento de portadores de DCNT, que têm tido dificuldade de acesso rápido e enfrentado longos intervalos entre as consultas, muitas vezes superiores a seis meses.

Uma de suas eSF recentemente passou a atuar com ações mensais numa igreja do território para a realização de atendimentos pontuais, cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Inicialmente, as atividades não tinham pretensões educativas, funcionando como uma extensão dos atendimentos da UBS. Apesar das limitações, esse novo espaço despertou o interesse dos estudantes da ESCS, que o enxergaram como um locus com potencial para reorganizar a linha de cuidado com base em ações coletivas que incorporassem componentes assistenciais e educativos.

Diante desse cenário, foi analisada a dinâmica da linha de cuidado de HAS e DM dessa eSF por meio de conversas com seus profissionais, acolhendo suas principais demandas e dilemas da rede de saúde e ampliando os olhares sobre questões da comunidade. Foram trazidos dois pontos essenciais: a sobrecarga da equipe, que não conseguia absorver por completo o público portador de DCNT através das consultas individuais; e a dificuldade de realização de atividades educativas no território. Com isso, elaborou-se um PROEX trazendo as ações de grupo na igreja (atendimentos coletivos e educação em saúde) como elemento facilitador de acesso e organizador da linha de cuidado da equipe.

Em diálogo com o estudo do IEPS (Eleone *et al.*, 2021), percebeu-se que a qualificação desse grupo poderia agir sobre três causas limitantes da implantação das linhas de cuidado de DCNT: Causa 1 (gargalos de acesso); Causa 4 (falta de acompanhamento) e Causa 5 (falta de cadastros), sendo um primeiro passo para posteriores intervenções de outros grupos de estudantes ou mesmo da própria equipe.



Descrevendo a experiência

Com base na proposta inicial, foram realizadas rodadas de discussão e preparação da intervenção-piloto: uma atividade de grupo, a ser conduzida pelos estudantes, docente e eSF, utilizando a rotina proposta nos Cadernos de Atenção Básica (CAB) 36 (DM) (Brasil, 2013) e 37 (HAS) (Brasil, 2014) do Ministério da Saúde. Além disso, foi elencado como tema de educação em saúde os cuidados com os pés dos pacientes diabéticos, questão bastante presente no relato da equipe.

Elaborou-se um roteiro simplificado com dados essenciais dos pacientes para posterior registro em prontuário, de modo a agilizar os atendimentos sem perder de vista a identificação de informações clínicas essenciais.

Com o apoio de membros da igreja, foram disponibilizadas duas salas do complexo paroquial que permitiram a divisão do público (29 pacientes) em dois subgrupos. A primeira sala funcionou como uma área de espera, enquanto a segunda foi o local onde ocorreram as aferições de pressão arterial, circunferência abdominal, verificação de glicemia capilar e exame físico dos pés (inspeção, sensibilidade e pulsos) de pacientes diabéticos. Foram verificadas ainda a situação das prescrições (validade das receitas, compatibilidade com o quadro clínico) e da rotina laboratorial complementar e realizadas escutas para demandas rápidas dos usuários.

A abordagem dos pacientes foi conduzida por duas técnicas de enfermagem da equipe e pelos estudantes sob supervisão do docente médico. Nessa data, não puderam estar presentes a médica, a enfermeira, a agente comunitária de saúde (ACS) da eSF e membros da equipe multiprofissional na APS (eMulti), que implicaram limitações, mas não paralisaram as atividades do grupo.

Os dados obtidos a partir da avaliação dos usuários foram anotados em fichas e discutidos com o docente, que realizou as novas prescrições, ajustes terapêuticos, solicitações de exames, apazamento de retornos e encaminhamentos necessários. Casos de maior gravidade foram direcionados à UBS para observação e condutas emergenciais.



De modo concomitante, foram realizadas ações de educação em saúde no momento da avaliação dos usuários – orientações sobre os cuidados e higiene dos pés, sobre calçados adequados e sobre a observação periódica da aparência dos membros inferiores, além de esclarecidas outras dúvidas dos pacientes.

Com o encerramento da atividade, realizou-se um processo reflexivo com os principais pontos observados pelos estudantes e demandas trazidas pelos usuários. Além da necessidade de aprimoramento do grupo, emergiram diversos temas para discussão com os usuários, tais como higiene do sono, atividade física regular, alimentação saudável, prevenção de quedas, administração de medicamentos e adesão terapêutica. Ganhou destaque ainda na fala dos usuários a necessidade de uma maior escuta terapêutica e criação de espaços de convivência para a população idosa, que ajudariam no combate ao isolamento e desamparo deste público.

Por fim, foram registrados os atendimentos nos prontuários da UBS, permitindo o acesso às informações e a continuidade do cuidado pelos profissionais, e construída uma devolutiva dos estudantes para a eSF, trazendo as principais ações da atividade-piloto e identificando pontos de melhoria do grupo. Foi elencada, ainda, uma lista de possíveis temas de educação em saúde a serem trabalhados com os usuários e fornecidos materiais digitais (replicados das redes de órgãos oficiais, como Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do DF) para compartilhamento em diálogo com o tema discutido em cada mês.

Discussão

A experiência trazida no PROEX destaca a importância do desenvolvimento de inovações na assistência aos portadores de DCNT como forma de modificar as linhas de cuidado “*de facto*”. Dessa forma, a criação de uma atividade-piloto para a qualificação do grupo iniciado pela eSF surge não como uma panaceia capaz de estruturar sozinha toda a linha de cuidado, mas como elemento disparador de mudanças propositivas para a equipe. O atendimento de 29 pacientes, em sua maioria idosos portadores de HAS e DM, num



espaço comunitário no período de apenas uma manhã é um exemplo do potencial desse novo formato proposto.

Os atendimentos coletivos, enquanto tecnologia de cuidado, surgem como um importante recurso para a captação de usuários que enfrentam barreiras de acesso em agendas tradicionais; podem ser conduzidos em outros equipamentos sociais do território, aumentando a proximidade com a população; e, quando conduzidos em espaços de grupo, podem favorecer trocas de experiências entre os usuários e aprendizados coletivos, trazendo novas perspectivas para ações de educação em saúde (menos verticalizadas e mais participativas). Contudo devem ser conduzidos com cautela devido a algumas limitações desse formato, como a privacidade dos usuários que não desejam expor determinadas questões em público e a dificuldade de manter registros clínicos mais detalhados num espaço fora da UBS sem o acesso imediato aos prontuários. Para tanto, podem ser desenhadas estratégias que otimizem o fluxo de atendimentos, como o uso de roteiros adaptados e a divisão equitativa das funções entre os profissionais das equipes, além da criação de espaços que assegurem a confidencialidade para os casos que demandem maior sigilo, como atendimentos individuais ao final do grupo ou direcionamentos seguros para a UBS.

A presença do corpo acadêmico, enquanto ator externo, trouxe novos olhares e contribuições para a eSF que, muitas vezes, não conseguiam ser captados pelos profissionais imersos na sobrecarga do serviço. Embora a experiência representasse o primeiro contato dos estudantes e docente com esses usuários, o que resultou em um tempo de escuta mais prolongado e em dificuldades na definição de parte dos fluxos, essa posição externa favoreceu uma perspectiva mais crítica dos estudantes e docente, permitindo um olhar mais amplo sobre a linha de cuidado e a escolha de um ponto mais decisivo para a intervenção.

Sob a ótica da extensão universitária (Silva, 2020), como uma ação da academia junto à comunidade para o compartilhamento do conhecimento adquirido, o PROEX representou uma importante iniciativa extramuros com benefícios diretos para a população local e que pode servir de base para outras intervenções na linha de cuidado da eSF com



o apoio de novas turmas de estudantes. Contudo, quando tomamos como horizonte a ideia de uma “**extensão popular**” – encontro humano, com diálogo e imersão crítica na realidade (Araújo; Cruz, 2022) – o projeto ainda carece de maior contato e escuta da população, que deve participar da escolha dos temas de educação em saúde, dos locais de realização das atividades e da definição das ações prioritárias, sob risco de afastamento das necessidades mais concretas da comunidade.

Para os estudantes de medicina, houve um importante desenvolvimento tanto pessoal quanto profissional, com ganho de habilidades de comunicação, de compreensão da rede de saúde, de aproximação da comunidade e observação de cenários complexos com priorização de ações, além do manejo de DCNT de grande relevância sanitária. Nesse sentido, a construção do PROEX, com retorno à população e apoio ao serviço de saúde local, junto com a elaboração do relato de experiência, possibilitou a integração de elementos curriculares (ensino-pesquisa-extensão) que resultaram em sentimento de satisfação pelos resultados obtidos e expectativa de mudanças futuras com os próximos grupos.

Por fim, o horizonte da linha de cuidado “*de jure*” ainda necessita incorporar diversos recursos para seu pleno funcionamento nesta equipe. Classificações de risco ampliado, como a do modelo de atenção às condições crônicas (MACC) proposto por Mendes (2012), que sugerem linhas-guia correlacionando o cuidado profissional com a capacidade de autocuidado dos usuários, podem ser agregadas tanto na captação dos pacientes no espaço de grupo quanto durante as consultas ambulatoriais. Contudo, o dimensionamento desproporcional do serviço, com uma população adscrita quase 100% superior ao recomendado para a eSF, aparece como um limitador importante das ações e ameaça a universalidade do acesso dos usuários.

Considerações finais

Este trabalho apresentou a experiência de implantação de um grupo de atendimentos coletivos para a qualificação da linha de cuidado de HAS e DM de uma eSF



na periferia urbana do DF. A atividade-piloto, realizada no contexto de um PROEX, demonstrou-se uma estratégia viável para otimizar o acesso dos usuários, com potencial para melhorar o acompanhamento dos portadores de DCNT e promover ações educativas e assistenciais integradas.

O texto trouxe para discussão as potencialidades e desafios desse novo formato, apontando questões importantes para sua viabilização em espaços comunitários que ultrapassem os muros das UBS. E, para além do grupo em si, a importância de se analisar o cenário das linhas de cuidado das equipes e propor mudanças para a melhoria da assistência aos usuários, reconhecendo a importância sanitária das DCNT no atual momento do país.

A extensão universitária, organizada sob o eixo IESC, cumpriu um papel decisivo para o serviço de saúde, trazendo com o corpo acadêmico novos olhares e soluções para problemas reais da comunidade, integrando conhecimentos, trazendo aprendizados implicados e dando retorno efetivo à população. Contudo, faz-se necessário o aumento do diálogo e participação dos usuários na construção dessas ações para aproximá-las de suas necessidades mais objetivas – um contato que gere mais significados e criticidade sobre os dilemas vividos nesta RA.

Embora exista um grande acervo sobre grupos e ações coletivas voltadas para DCNT na APS na literatura nacional, ainda são bastante escassas as referências sobre atendimentos coletivos como organizadores de linhas de cuidado no país. Nesse sentido, a experiência trazida neste trabalho pode enriquecer as discussões sobre o tema e contribuir com a comunidade acadêmica para a implantação de iniciativas semelhantes em outras localidades para além do DF. Um passo inicial, mas de grande importância na construção de modelos mais integrados e eficazes de cuidado às DCNT.



Contribuições individuais de cada autor na elaboração do trabalho

Todos os autores contribuíram substancialmente na: concepção e desenho do estudo; revisão de literatura; descrição da experiência; discussão dos temas; elaboração do manuscrito; revisão intelectual do manuscrito; e aprovação final da versão submetida à revista.

Referências

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ARAÚJO, R. S.; CRUZ, P. J. S. C. Extensão popular: trabalho social que se dá com base no encontro humano, no diálogo com o outro e na imersão crítica na realidade. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, p. 1-8, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 36**: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 37**: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma Linhas de Cuidado. **Linhas de Cuidado**, Brasília, DF, [2025]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>. Acesso em: 4 dez. 2024.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2021: Vicente Pires**. Brasília, DF: CODEPLAN, 2021.



ELEONE, A. *et al.* **Linhas de cuidado de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde.** São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2021. (Panorama IEPS, n. 02).

FUNAYAMA, A. R.; CYRINO, E. G.; GARCIA, M. A. A. Atuação profissional em práticas de promoção da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 25, p. 230-250, 2022.

GOMES, L. H. A. *et al.* Fatores envolvidos na prática de renovação automática de receitas médicas no contexto da atenção básica. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, n. 62, p. 5202-5211, 2021.

LEAL, F. Por que as linhas de cuidado de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil ainda pertencem ao mundo da ficção? **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://saudeempublico.blogfolha.uol.com.br/2021/08/13/por-que-as-linhas-de-cuidado-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-no-brasil-ainda-pertencem-ao-mundo-da-ficcao/>. Acesso em: 4 dez. 2024.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, 2018.

MASLEY, S.; SOKOLOFF, J.; HAWES, C. Planning group visits for high-risk patients. **Family Practice Management**, [s. l.], v. 7, n. 6, p. 33-36, 2000.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família.** Brasília, DF: OPAS, 2012.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado?** São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023. (Estudo Institucional, n. 10).

ROSSETTO, M.; GRAHL, F. Grupos educativos na atenção básica à saúde: revisão integrativa de literatura de 2009 a 2018. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 10, e174101018561, 2021.

SILVA, W. P. Extensão universitária: um conceito em construção. **Revista Extensão & Sociedade**, Natal, v. 11, n. 2, p. 21-32, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.



STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TEMPORÃO fala sobre transição demográfica e sua ameaça à saúde brasileira. **Informe ENSP**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/31783>. Acesso em: 4 dez. 2024.

TIVERON, J. D. P.; GUANAES-LORENZI, C. Tensões do trabalho com grupos na Estratégia Saúde da Família. **Psico**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 391-401, 2013.