Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

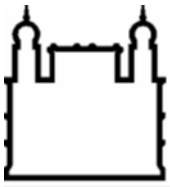
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ENSP

"Doenças crônicas não transmissíveis no contexto da Estratégia Saúde da Família: fabricando formas de gestão do cuidado"

Por

Juliana Rodrigues Cardoso

Rio de Janeiro, junho de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

"Doenças crônicas não transmissíveis no contexto da Estratégia Saúde da Família: fabricando formas de gestão do cuidado"

Por

Juliana Rodrigues Cardoso

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Alda Lacerda

Rio de Janeiro, junho de 2014.

DEDICATÓRIA

Esta obra é dedicada a Walter, meu querido esposo e companheiro. Por sua permanência ao meu lado, pela nossa linda família e o incontestável apoio nesses quinze anos de união.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força, presença e ciência. Aos meus pais, por valorizarem a educação, acreditarem nos meus sonhos e me mostrarem, em seus atos, que a sabedoria não está necessariamente ligada aos anos de estudo. Ao meu irmão Julio Cesar, que compartilha a vida comigo, cara do bem que sempre foi e é o meu melhor amigo. Aos homens da minha vida, Heitor e César, por me fazer querer ser alguém melhor a cada dia.

Agradeço a minha querida orientadora Alda Lacerda pela generosidade e inteligência com que conduz seus orientandos. A Elyne, Valéria e Carlos Eduardo "Cadu", por acreditarem na Atenção Primária à Saúde e por me fazerem acreditar e lutar por ela.

A Bárbara, Catharina, Daiana e Gislani, irmãs da vida, por acreditarem mais em mim do que eu mesma.

"Tudo o que já foi, é o começo do que vai vir, toda a hora a gente está num cômpito. Eu penso é assim, na paridade... Um sentir é o do sentente, mas outro é o do sentidor."

Guimarães Rosa – Grande sertão veredas

RESUMO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) configuram um importante problema de Saúde Pública, tanto pelo número de pessoas afetadas com incapacitações e mortalidade prematura, quanto pelo custo envolvido no controle e tratamento das suas complicações. O objetivo do estudo é analisar a gestão do cuidado às doenças crônicas não transmissíveis na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como fundamento a integralidade do cuidado em saúde. Optamos pela realização de um estudo teórico que incluiu a pesquisa bibliográfica e a análise das informações que iriam compor as categorias de análise. Foram formadas três categorias da gestão do cuidado às DCNT, as quais serem analisadas, apontou para o cuidado em suas dimensões profissional, organizacional e sistêmica. Os resultados apontam que a postura ética do trabalhador, em particular como ele concebe o paciente que necessita de cuidados; a competência com que o trabalhador opera o seu núcleo de saber; o vínculo profissional-usuário; o registro e uso da informação; e as regras e normas no trabalho são, entre outros, componentes importantes para a gestão das DCNT. Concluímos que apesar da mudança de cenário com a implantação da ESF, as equipes ainda necessitam de esforços continuados e sistemáticos para reformular as prática e saberes na gestão do cuidado às DCNT. Não há uma melhor combinação pré-concebida dos componentes das dimensões profissional, organizacional e sistêmica para o melhor cuidado dos usuários portadores de condições crônicas. O melhor arranjo será o que responder à singularidade de cada contexto. Contexto esse não reduzido ao quadro epidemiológico assustador das DCNT, e sim a disponibilidade de recursos, a capacidade instalada, o padrão cultural e principalmente às necessidades da população adscrita.

Palavras chave: doenças crônicas não transmissíveis; Estratégia Saúde da Família; gestão do cuidado e integralidade do cuidado.

ABSTRACT

The Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) constitute a major public health problem, both the number of people affected with disability and premature mortality, as the cost involved in controlling and treating its complications. The objective of the study is to analyze the management of care for chronic diseases in the Family Health Strategy (FHS), taking as a basis the completeness of health care. We chose to perform a theoretical study which included a literature search and analysis of information that would compose the categories of analysis. Three categories of care management with NCD, which are analyzed, indicated for care in their professional, organizational and systemic dimensions were formed. The results indicate that the ethical stance of the worker, in particular how he conceives the patient in need of care; the competence with which the worker operates its core knowledge; the bond-professional user; registration and use of information; and the rules and standards at work are, among others, important for the management of NCDs components. We conclude that despite the change of scenery with the ESF implementation, the teams still tend to reproduce the dominant biomedical model, sustained and systematic practice to reshape knowledge and care management with NCD efforts are needed. There is no better combination of pre-designed components of professional, organizational and systemic dimensions for better care of patients with chronic conditions users. The best arrangement will be the answer to the uniqueness of each context. This context not limited to scary epidemiological picture of NCDs, but the availability of resources, the installed capacity, the cultural pattern and especially the needs of the enrolled population.

Keywords: chronic non-communicable diseases; Family Health Strategy; care management and comprehensive care.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS **8**

Introdução **9**

CAPÍTULO 1 - A GESTÃO DO CUIDADO E O DESAFIO DA INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 12

1.1. A gestão do cuidado às doenças crônicas: um olhar para as: necessidades de saúde dos usuários 12

1.2. Estratégia Saúde da Família: uma proposta de gestão e cuidado às doenças crônicas não transmissíveis 17

1.3. O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família e a construção da integralidade no cotidiano dos serviços 20

CAPÍTULO 2 : A GESTÃO DO CUIDADO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 24

2.1: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o cenário global e nacional 24

2.2. A gestão do cuidado às doenças crônicas e as respostas do sistema de saúde brasileiro 27

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA 32

1 - Preparação das informações 34

2 - Categorias utilizadas na análise do material teórico: 34

Capítulo 4: Análise dos Dados 36

Elementos Fundamentais para a Gestão do cuidado às Doenças Crônicas não transmissíveis 36

4.1. Gestão do cuidado às doenças Crônicas não Transmissíveis: dimensão profissional 36

4.2. Gestão do cuidado às doenças Crônicas não Transmissíveis: dimensão organizacional 39

4.2.1. Registro e uso da Informação em saúde 40

4.2.2 Processo de trabalho da equipe de saúde 41

4.3. Gestão do cuidado às doenças Crônicas não Transmissíveis: dimensão sistêmica 45

Considerações Finais 48

Referências Bibliográficas 52

ANEXO 1 64

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NASF – NUCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMILIA

PACS – PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PNACS – PROGRAMA NACIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PSF – PROGRAMA SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RAS – REDES DE ATENÇÃO À SAUDE SAÚDE DA FAMÍLIA

Introdução

A vida contemporânea, com mudanças globalizadas, somadas à transição demográfica e novos hábitos e padrões de comportamento da população, impactou nas mudanças do perfil de doenças e agravos de saúde do Brasil (BRASIL, 2008). Se por um lado emergem e reemergem as doenças infectocontagiosas, por outro predominam os diagnósticos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

O usuário portador de DCNT, no transcorrer do tratamento, vivencia sentimentos e comportamentos que dificultam a aceitação de sua condição crônica de saúde e, consequentemente, a adoção de hábitos saudáveis que permitam lidar com as limitações decorrentes da enfermidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF), através de seus princípios e funções, deve gerir o cuidado dos portadores de DCNT por meio do trabalho em equipe e prestando uma atenção centrada nas pessoas e nas famílias.

As necessidades dos usuários devem organizar a coordenação do cuidado, sendo também importante estabelecer uma relação entre profissional de saúde e usuários, pautada no respeito e no diálogo ético. Na perspectiva da integralidade, é necessário pensar a gestão do cuidado às DCNT nos cenários onde ela acontece, seja nos serviços ou na gestão. O cuidado integral, dessa forma está diretamente relacionado às formas de sentir, falar e fazer nossas práticas de modo compartilhado no campo da saúde.

As equipes da ESF devem utilizar dispositivos capazes de disparar novas formas de organização do trabalho e da produção da saúde (FRANCO E MERHY, 2007). A valorização da clínica, a dinâmica de trabalho definida por equipe multiprofissional e a incorporação dos trabalhadores no processo de gestão da unidade também são fundamentais para a gestão do cuidado às condições crônicas.

O tema central desse estudo é a gestão do cuidado às DCNT a partir de suas dimensões profissional, organizacional e sistêmica (CECÍLIO, 2009). Inscreve-se no campo da Atenção Primária à Saúde à medida que estuda a assistência e a gestão na ESF, o que permitirá orientar reflexões e intervenções visando o cuidado integral dos portadores de condições crônicas.

O interesse por esse tema se confunde com minha própria trajetória profissional. Formei-me em Enfermagem em 2006 e durante a residência em Saúde

da Família aconteceu o meu primeiro encontro com os usuários portadores de doenças crônicas e seus frequentes quadros de agudizações no acolhimento das equipes. Ao longo dos quatro anos em que trabalhei como enfermeira de família no município do Rio de Janeiro, experimentei a angústia de falta de lotação de médicos em minha equipe, essencial na gestão do cuidado às DCNT, os entraves na referência e contra referência dos casos da minha área, além do difícil lidar com os medos e dúvidas dos usuários após um diagnóstico que mudará seu modo de viver radicalmente.

Ao assumir a gestão na ESF em 2010, passei a conviver com os mesmos problemas, só que em nível da gestão. Dentre os problemas, ficava evidenciado a falta de médicos para trabalhar nas unidades e manter as equipes completas, a carência de vagas para referenciar os portadores de DCNT, e a dificuldade dos profissionais em gerir o cuidado às condições crônicas. Mesmo realizando um planejamento minucioso pautado nas linhas de cuidado e normas em geral, os resultados não saíam como o planejado. Cabia, portanto, questionar de que forma deveria ser realizada a gestão às DCNT na Estratégia Saúde da Família.

A discussão sobre o cuidado às DCNT. Foi abordada na monografia do curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, e agora aprofundado no mestrado. O estudo tem como objetivo geral, analisar a gestão do cuidado às doenças crônicas não transmissíveis na Estratégia Saúde da Família, tendo como fundamento a integralidade do cuidado em saúde. Os objetivos específicos são: 1) Discutir os aspectos da gestão do cuidado às doenças crônicas não transmissíveis a partir de suas dimensões profissional, organizacional e sistêmica; 2) Analisar potencialidades e entraves da gestão do cuidado integral às Doenças Crônicas não Transmissíveis nas equipes de saúde da família.

Espera-se com essa pesquisa contribuir para a gestão do cuidado às DCNT pelas equipes e pela gestão da ESF, trazendo subsídios para a condução de um trabalho mais humano e prazeroso relacionado às condições crônicas. É fundamental uma gestão do cuidado que valorize a dimensão subjetiva das vivências dos usuários, trabalhadores e gestores, possibilitando novas perspectivas de reflexão e ação, a partir da abertura de espaços para a comunicação e o diálogo.

A dissertação está organizada em quatro capítulos, seguidos da conclusão. No primeiro capítulo trabalhamos a concepção da gestão do cuidado e o desafio da integralidade na ESF, que foi dividido em três subtópicos. No primeiro discutimos

sobre as necessidades de saúde dos usuários, através de um apanhado de diversos teóricos que debatem esse tema, com destaque para Mehry (2003), Cecílio e Matsumoto (2006). No segundo traçamos a evolução da ESF no Brasil e suas repercussões na gestão do cuidado às DCNT. Finalizando o capítulo 1, o terceiro subtópico trata do trabalho em equipe e seus resultados na integralidade do cuidado.

O segundo capítulo aborda as DCNT na Estratégia Saúde da Família. No primeiro subtópico revisamos o impacto da DCNT no cenário global e nacional, seus determinantes e condicionantes e no segundo a resposta do sistema de saúde para o enfrentamento da DCNT no Brasil.

O terceiro capítulo aborda a metodologia, onde detalhamos todas as etapas para seleção e analise dos dados da pesquisa. Os resultados da pesquisa são abordados no quarto capítulo, a partir de categorias de análise surgidas durante o processo de análise de dados e que compõem as dimensões da gestão do cuidado profissional, organizacional e sistêmica. Por fim, apresento a conclusão onde apontamos para algumas questões centrais discutidas ao longo do trabalho.

Capítulo 1

A GESTÃO DO CUIDADO E O DESAFIO DA INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1.1. A gestão do cuidado às doenças crônicas: um olhar para as: necessidades de saúde dos usuários

A organização do cuidado é um importante aspecto para a gestão em saúde. Para tanto, precisamos reconhecer as necessidades de saúde com base nas características de uma população em um dado território, assim como a oferta de serviços e ações dentro de uma perspectiva integral e que considere o sujeito no seu contexto de vida.

Definir necessidade de saúde é tarefa complexa, dada as suas diferentes concepções. Se trabalhada numa lógica estrutural, pode-se considerar a falta de leitos ou consultórios como a principal necessidade de saúde de uma determinada região. No entanto, se atentarmos ao aspecto social destacaremos fatores como a educação, saneamento básico, lazer, renda, segurança, ou ainda, a falta de uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde e os usuários (CECÍLIO & MATSUMOTO, 2006).

Assim como Merhy (2003), entendemos ser importante considerar os usuários, os trabalhadores de saúde e os gestores para a discussão das necessidades de saúde. Para o autor, abrir um processo de negociação claro no encontro entre esses três atores, pautado na centralidade do usuário, é fundamental para reordenar a lógica dos modelos de atenção à saúde.

Segundo Cecílio & Matsumoto (2006), as necessidades incluem desde condições de vida e acesso às tecnologias em saúde, até a constituição de vínculos, a autonomia dos sujeitos e o autocuidado, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Universo das necessidades de saúde sob a ótica de autores da saúde coletiva.

Necessidades de saúde	Idéias trabalhadas pelos seguintes autores e/ou "escolas" e/ou modelos de atenção:
Necessidade de boas condições de vida	• No funcionalismo-humanista de San Martin. • Por autores marxistas como: Berlinguer: "doença como expressão de forças produtivas que agem sobre a sociedade" ou Franco: " a saúde como conjunto de possibilidades de vida" e mesmo Castellanos: "A reprodução humana implica a reprodução da vida". • Tais concepções estão operacionalizadas em modelos tecno-assistenciais como "Cidade Saudável" e SILOS. • Fazem parte do discurso clássico da Saúde Pública e das organizações como Organização Mundial de Saúde (Saúde para todos no ano 2000).
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	• Temas desenvolvidos nas clássicas taxonomias de saúde desenvolvidas por Bradshaw e Pineault. • Inclui a concepção de ação programática tal qual apresentada por Dalmaso, Neme e Schraiber • Inclui a concepção de necessidade individual tal qual apresentada por Sousa Campos.
Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	• Incorpora as idéias difundidas por Sousa Campos e Merhy, no "modelo" LAPA, baseados em uma "recuperação" do vínculo existente na Clínica. • Incorpora idéias que têm sido de Saúde da Família trabalhadas no Programa (PFS) tal qual a elaborada pelo Ministério da Saúde e adaptada a várias experiências conduzidas em muitos municípios brasileiros.
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de "andar a vida" (construção do sujeito)	• Incorpora as idéias defendidas por Merhy e Sousa Campos, com base nas idéias de Canguilhem: "os modos de andar a vida". • Incorpora idéias do pensamento crítico em Educação em Saúde.

Fonte: CECÍLIO & MATSUMOTO (2006).

O quadro acima aponta para as situações distintas e a diversidade de olhares e concepções dos autores da saúde coletiva em relação ao universo das necessidades, nos levando a refletir sobre suas implicações nos modos de produção de cuidado. Segundo Merhy (2003), o quadro nos permite conhecer muitas possibilidades de representações que as necessidades de saúde podem ter e que devem ser pensadas no ato de cuidar.

Para entendermos o conceito de necessidade dos usuários na prática, precisamos entender a dinâmica de oferta e demanda por serviços de saúde. As necessidades que agem na demanda por serviços de saúde são de natureza muito variada, podendo se sobrepor, o que aumenta ainda mais a demanda. A necessidade de saúde está contida nesse conjunto de fatores que incluem desde a conscientização dos usuários até suas diferentes formas de lidar e sentir seus agravos de saúde.

A tomada de consciência por parte dos usuários com relação ao seu próprio corpo é o primeiro elemento indispensável para a demanda por serviços de saúde.

A confiança no setor saúde e a esperança de se curar usando seus serviços são igualmente necessários na decisão de querer consumir aqueles serviços.

A demanda por assistência aparece logo que saibamos, esperemos ou acreditemos que a ciência médica possa corrigir uma situação julgada anormal. Com a difusão acelerada das informações sobre o progresso da medicina aumenta consideravelmente o desejo de todos de suprimir seus sofrimentos e curar suas doenças. Os pacientes muitas vezes querem ser submetidos a exames novos e caros, mesmo sem indicação médica dos (BERTRAND, 1991).

No que se refere à oferta, disponibilizar serviços de saúde de qualidade e ao mesmo tempo custo-efetivo impõe uma nova postura profissional. Embora possa ser mais fácil munir-se de exames que atenuam as responsabilidades e prescrever sem reflexão tratamentos que dispensem explicações, no domínio da saúde essa afirmação não é verdadeira. A tecnologia necessária para cuidar de um agravo de saúde não é necessariamente a mais cara, e as tecnologias mais caras não são necessariamente as melhores para o cuidado de determinadas necessidades de saúde (MERHY, 2005).

Através da dinâmica relacional do encontro entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado, emergem tantos as necessidades dos usuários como também dos trabalhadores da saúde. É na perspectiva de uma dinâmica relacional que "*o cuidado é entendido como uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida*" (LACERDA & VALLA, 2004, p. 93). Segundo os autores, tal compreensão de cuidado se articula intimamente à noção de integralidade.

Cuidar, na perspectiva da integralidade, é entendido como ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. O trabalho na atenção básica como produtor de cuidado deve, portanto, incluir diversas tecnologias de maneira adequada e se voltar para as necessidades de saúde individual e coletiva dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2004).

A tecnologia como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde foi discutida por Gonçalves (1994), ao realizar uma análise crítica ao pensamento contemporâneo e ao significado reduzido do termo tecnologia, como sendo um conjunto de instrumentos materiais do trabalho. Neste sentido, a tecnologia é

analisada pelo autor tanto como saber, quanto por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção dos serviços de saúde.

Para Merhy (2005), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve expressa um processo de produção da comunicação, das relações, de acolhimento, de autonomização, de vínculos que conduzem ao encontro dos usuários com as ações na saúde. A tecnologia leve-dura inclui, segundo o autor, os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, enfermagem, entre outras. A tecnologia dura pode ser representada pelo material concreto como equipamentos tecnológicos (*hardware*), mobiliário tipo permanente ou de consumo, normas e rotinas, estruturas organizacionais.

Apesar de se relacionarem, o tipo de tecnologia pode pender em importância conforme a área em que o profissional atua. E nessa perspectiva, a gestão do cuidado às DCNT exige prover e disponibilizar essas tecnologias de modo a favorecer o bem estar, a segurança e a autonomia dos sujeitos implicados no processo.

Cecílio (2009) define a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. O autor sugere que a gestão do cuidado seja compreendida e estudada em três dimensões: a) profissional b) organizacional e c) sistêmica.

A dimensão profissional é o momento do encontro entre o trabalhador/equipe e o usuário, configurando-se um espaço intercessor entre aqueles que sentem necessidades de saúde e os que se dispõe a cuidar. Isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que perpassa seu arsenal técnico na produção da saúde (CECÍLIO, 2009) . Essa dimensão tem como premissa a produção de relações de reciprocidade e de interação, indispensáveis à efetivação do cuidado integral. O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculo, de autonomização, ou seja, de tecnologias leves,. Ao produzir essas relações, o usuário pode resgatar a sua singularidade, autonomia e cidadania.

Enquanto na dimensão profissional a gestão do cuidado é produzida num espaço privativo (trabalhador-usuário), na dimensão organizacional o registro e o

uso da informação, os espaços de diálogo, a troca entre os trabalhadores, à organização do processo de trabalho e a divisão de responsabilidades demandam outra lógica gerencial, com ênfase na dinâmica de relacionamento da equipe (CECÍLIO, 2009).

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado, por usa vez, refere-se à existência de serviços de saúde com diferentes papéis e incorporação tecnológica que produzem certo grau de comunicação entre eles para garantir a integralidade na assistência. Esta dimensão é mediada por regras e normas, representadas por protocolos, sistemas de referência e contra referência e centrais de regulação. Esta rede de cuidados deve ser objeto de gestão para garantir o acesso dos usuários às tecnologias em saúde necessárias. Apesar de se constituir pelas normas e protocolos, a dimensão sistêmica, assim como a organizacional, resulta do conhecimento produzido nas diversas áreas do saber (tecnologia leve-dura), como a clínica, enfermagem, psicologia, que apesar de terem o trabalho já capturado possuem a possibilidade de expressarem o trabalho vivo (MERHY, 2003)) .

As três dimensões são interdependentes. O cuidado produzido na dimensão profissional influencia e é influenciado pela dimensão organizacional, e as decisões tomadas no encontro trabalhador-usuário relacionam-se com a forma pela qual os trabalhadores se organizam em equipe para seguir o que foi definido. Da mesma forma, os protocolos assistenciais que pretendem normatizar o fluxo de pacientes (dimensão sistêmica), ora influenciam, ora são ignorados ou adaptados pelas equipes (dimensão profissional e organizacional).

A lógica do modelo assistencial deve partir de um agir cuidador, com procedimentos que podem ser operados a partir da lógica da integralidade. Segundo Mattos (2003) a Integralidade é um termo polissêmico, com diferentes sentidos e usos. A Integralidade pode ser definida, conforme a Constituição (BRASIL,1988), como a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, em cada caso dos níveis de complexidade. Já na perspectiva dos usuários, a ação integral está associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (BRASIL, 2008).

Mattos (2003) identifica pelo menos três grandes conjuntos de sentidos da integralidade, a saber: a integralidade usada para designar atributos e valores de algumas práticas de saúde, de alguns modos de organizar os serviços de saúde e de algumas políticas de saúde. Esses três grandes conjuntos nos remetem as três

dimensões da gestão do cuidado às DCNT – profissional, organizacional e sistêmica – consideradas neste estudo como o *lócus* de produção de relações e estabelecimento de vínculos no setor saúde

A integralidade deve se materializar na atenção básica pela atuação de uma equipe multiprofissional que opere através de diretrizes como o acolhimento e vinculação de clientela, e se responsabilize pela produção coletiva do cuidado. A atuação em equipe é importante para a gestão do cuidado às DCNT, onde o desafio é monitorar e cuidar dos usuários e considerar as suas necessidades de saúde e seus contextos de vida. Nessa perspectiva a saúde da família assume um papel importante por ser a principal estratégia de reorganização da atenção básica do país e ter como preceito o trabalho em equipe.

1.2. Estratégia Saúde da Família: uma proposta de gestão e cuidado às doenças crônicas não transmissíveis.

A Saúde da Família tem, por várias razões, seu reconhecimento enquanto política pensada para superar as tensões entre a saúde pública tradicional e a abordagem centrada nos direitos e necessidades dos usuários. Na segunda metade da década de 90, a política de saúde no Brasil apresentou uma importante e significativa mudança. Após vários anos privilegiando a atenção hospitalar e a busca de instrumentos orçamentários e mecanismos financeiros que viabilizassem o pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica passou a ser área de concentração de esforços, programas e investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita (BRASIL, 2001).

As iniciativas de caráter nacional fundamentaram-se em experiências estaduais e regionais bem sucedidas. Dentre estas, referência especial deve ser feita ao Programa de Agentes de Saúde desenvolvido no Estado do Ceará desde 1987. Em 1991, a experiência bem-sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), implantado, inicialmente, na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, e "*formulado tendo como objetivo*

central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna" (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 19). O PNACS passou a ser denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1992, com o enfoque na família e trabalhando com a noção de área de cobertura por família cadastrada (VIANA; DAL POZ, 1998).

Outras experiências como o Programa Médico de Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói (RJ), com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba e com assessoria de técnicos cubanos, também influenciaram a decisão do Ministério da Saúde, em 1993, de criar o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2005a).

Em setembro de 1994, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios. Nesse período, o PSF não representava uma proposta de substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social – inicialmente, população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do IPEA e, posteriormente, municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil.

O Programa Saúde da Família ganha evidência significativa com a aprovação da portaria do MS (1996) denominada NOB 96, Norma Operacional Básica do SUS de 1996. Dentre seu objetivo central de estimular o processo de descentralização/municipalização da saúde, essa Norma enfatiza a implantação do PSF, explicando ser ele parte de um conjunto de medidas e iniciativas que visam o fortalecimento da Atenção Básica, segundo os princípios e diretrizes do SUS. Segundo a NOB 96, esse programa é implantado quando os municípios, responsáveis pela execução preferencial das ações e serviços de saúde, aderem voluntariamente a um conjunto de responsabilidades e prerrogativas de gestão, seja na condição de gestão "Plena da Atenção Básica" responsabilizando-se pelos serviços de atenção básica (clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia) ou "Plena do Sistema Municipal de Saúde" responsabilizando-se por todos os serviços de saúde, incluindo os níveis de atenção de média e alta complexidade da saúde (BRASIL, 1996).

O estímulo dado pela NOB 96 à implantação do PSF foi significativo: o número de equipes de saúde da família cresceu de 1.623, em 1996, para 3.147 em 1998

(MARQUES & MENDES, 2002). Contudo, é preciso ressaltar que foi em maio de 1998 que os municípios passaram a receber o incentivo financeiro criado pela NOB 96 Piso da Atenção Básica (PAB), inaugurando a modalidade de transferência per capita de recursos federais para os municípios. Esse incentivo foi determinante para o crescimento do número de equipes de saúde da família mencionado acima. Cabe lembrar que as transferências para Atenção Básica são realizadas por meio de repasse automático com base em um per capita ou de transferências que visam incentivar determinados programas, tais como a saúde da família, integrantes do que se denominou de PAB variável..

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde no contexto da atenção básica. Isso fica bem evidenciado no documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicado na portaria 648/2006 (BRASIL,2006) e revogado pela portaria 2488/2011 (BRASIL, 2011), o qual preconiza que a saúde da família deve reorientar a atenção básica e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde. Esse documento define atenção básica como:

> Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Mesmo com grandes avanços, a Atenção Básica ainda encontrava obstáculos enquanto política pública de saúde. O financiamento que favorecia as maiores cidades e com maior arrecadação e as ultrapassadas ferramentas de gerenciamento, incluindo a avaliação e o monitoramento das ações de saúde, merecem ser destacados. A nova PNAB manteve muito da anterior, consolidando mudanças que ocorreram desde então, como o Núcleo de Apoio a saúde da Família (NASF), as equipes de Saúde da Família ribeirinhas, o Programa Saúde na Escola, e a recente flexibilização da carga horária médica nas equipes de Saúde da Família.

No campo conceitual, a PNAB mantém a Saúde da Família como a estratégia recomendada para a atenção básica ou Atenção Primária à Saúde (APS).

. A PNAB 2011, consolidou um novo desenho de financiamento na atenção básica, que considera, entre outras coisas, o critério de equidade, considerando a população de cada município para cálculo do componente fixo do financiamento (Brasil, 2011). Na parte variável encontramos incentivos de impacto direto na organização do trabalho e mais diretamente na gestão do cuidado das DCNT. Tais incentivos dependem de indicadores de qualidade presentes no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ e na qualificação da infraestrutura no que se refere aos recursos técnicos e materiais (BRASIL, 2011).

Percebemos na PNAB 2011, o esforço de corresponder às expectativas atuais do Ministério da Saúde em executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados, qualidade da atenção. A garantia dos princípios do SUS e as constantes melhorias por ele prestadas têm sido empreendidas no reconhecimento da qualidade dos serviços de Atenção Básica ofertados à população e no estímulo à ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país.

1.3. O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família e a construção da integralidade no cotidiano dos serviços

O processo de trabalho pode ser caracterizado por identificar diferentes configurações e múltiplas relações e atravessamentos. Para Krug (2006), processo de trabalho é definido como a atividade voltada para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas, independente das formas sociais que assumam e das relações sociais de produção. Já a organização do trabalho abrange o conteúdo e a composição das tarefas, o que, consequentemente, implica a divisão dessas tarefas no processo produtivo de trabalho e nas formas de relações construídas entre os trabalhadores.

Pires (2000), afirma que processo de trabalho em saúde envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal. A autora completa que é

um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização, cujo produto é a própria realização da atividade.

No processo de produção em saúde, o trabalho em equipe configura-se como a relação recíproca entre as intervenções técnicas em saúde, a partir da interação entre os trabalhadores das diferentes áreas profissionais da saúde, e torna-se imprescindível quando se fala em atenção à saúde da família (RADATZ, 2008). Uma dos desafios a ser superado em relação à equipe de saúde é a fragmentação do processo de trabalho que faz com que cada profissional se isole em seu núcleo de saber. As ações desarticuladas em saúde engessam as possibilidades de um diálogo produtivo, dificultando assim a construção de um processo de trabalho coletivo adequado à gestão do cuidado às doenças crônicas não transmissíveis.

Para uma melhor compreensão do trabalho em equipe, utilizamos os conceitos de núcleo e campo adotados por Campos (2007) para identificar a responsabilidade sanitária de cada profissão ou especialidade. O núcleo é entendido como os conhecimentos e atribuições (tarefas) específicos e característicos de cada profissão ou especialidade que ajudam a construir sua identidade e especificidade, sendo composto por um conjunto estruturado de conhecimento e papéis (CAMPOS & DOMITT , 2007).

O campo, por sua vez, tem uma conceituação situacional e indica aquele conjunto eventual de conhecimentos e de tarefas que uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência em sua área de atuação (CAMPOS & DOMITT , 2007). Representa uma abertura dessa identidade cristalizada ao mundo da interdisciplinaridade. Desta forma, dentro do campo da saúde coletiva, cada núcleo de saber pode investir na conversação e elaboração de planos de atendimento em conjunto para cada família, definindo mais claramente o fazer de cada um em relação ao caso.

Nesse sentido, o núcleo de competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde (ALMEIDA, 2001), inclusive das DCNT. Portanto, é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral. Torna-se fundamental que o processo de trabalho busque primordialmente a construção dos sujeitos, com respeito às suas singularidades, e que seja pautado por atitudes éticas e transparentes definidas pelo grupo em contratos de convivência, de modo a aprimorar o processo de comunicação a partir do diálogo constante.

Outro desafio a ser superado no trabalho em equipe é a qualificação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde da família, com foco na integralidade do cuidado (ALMEIDA, 2001).

Peduzzi & (1998), ao estudar a equipe multiprofissional em saúde como modalidade de trabalho coletivo, traz a tipologia de trabalho em equipe, definida como equipe agrupamento e equipe integração. Segundo a autora, na equipe agrupamento, observa-se a justaposição das ações e o mero agrupamento dos profissionais em torno do serviço a ser prestado. Na equipe integração, segundo Peduzzi (1998), ocorre uma construção dos sujeitos que estão no cotidiano do trabalho. Essa nova construção requer articulação das ações e a interação dos agentes, sendo esta última a mais difícil, pois não está "normatizada" a *priori*, e requer um compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe e, acima de tudo, com os usuários.

É na relação de complementaridade e interdependência, e ao mesmo tempo de autonomia relativa com um saber próprio, que deveria se processar o trabalho dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família, a saber: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal. A articulação das ações de cuidado em saúde requer esforço contínuo para que todos possam atuar como uma equipe integração. Integrando os conhecimentos disponíveis nos espaços de trabalho, nos espaços de formação, nos espaços de produção de conhecimento e, especialmente, nos espaços de construção de cidadania.

No desenvolvimento de suas atividades, a equipe de saúde da família deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade. Deve, portanto, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica. Através do cadastramento dos usuários portadores de doenças crônicas, as equipes devem realizar o seu acompanhamento, garantir o recebimento dos medicamentos prescritos e, definir o perfil epidemiológico dessa população.

Avanços nas estratégias políticas e operacionais isoladamente não garantem um efetivo e eficaz gerenciamento das DCNT. Essas doenças representam um desafio para o sistema de saúde, mesmo com a expansão e a qualificação da Estratégia Saúde da Família, exigindo uma abordagem de cuidado longitudinal e de humanização da atenção. O trabalho em equipe é então reconhecido como um tema relacionado à organização do trabalho e coloca em questão a formulação e utilização de ferramentas que permitam sua construção e sustentação ao longo do tempo.

No cuidado às DCNT, o modelo de equipe tradicional, centrado em determinados saberes e práticas, não consegue trazer a resolutividade e eficiência necessária ao seu cuidado integral. Nesse contexto, é importante a mudança de postura do profissional no ato de cuidado ao usuário portador de condições crônicas, reconhecendo-os como sujeitos sociais e protagonistas de suas histórias e com potencialidades para construir novas formas de conduzir sua vida.

Capítulo 2

A GESTÃO DO CUIDADO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o cenário global e nacional

As doenças crônicas constituem um problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).

Cada vez mais esses agravos exercem pressão sobre o sistema de saúde brasileiro e, considerando estimativas de custos de consultas, internações e cirurgias, os gastos chegam a R$ 10,9 bilhões por ano (BRASIL, 2011 b). Podem ainda acarretar diminuição na qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.

As doenças ou condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes. Exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (MENDES, 2012) .

O conceito de doenças, na abordagem tradicional, se divide em doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis, se fundamentando na etiopatogenia e sendo muito utilizada pela epidemiologia. Segundo a OMS (WHO, 2008), a tipologia das doenças, está orientada pelo tempo de duração do agravo, se breve ou longo. PHIPPS *et al*. (1995) afirmam que a doença aguda produz sintomas e sinais logo

depois da exposição à causa e é de curso rápido, a partir da qual há normalmente recuperação ou um fim abrupto em morte. Em geral, apresenta um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar.

Já as doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração (BRASIL,2013). Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras (MERHY, 2005), associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

Classificando-se as doenças em agudas ou crônicas, pode-se traçar a forma adequada de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde. Segundo Mendes (2012), os casos agudos apontam para uma ação episódica, reativa e feita sobre a queixa principal. As doenças crônicas, por sua vez, exigem um cuidado contínuo, proativo e da elaboração de plano de cuidado, gerido pela equipe de saúde envolvendo também os usuários.

As transformações socioeconômicas e de estilo de vida impactam diretamente na saúde dos indivíduos e comunidades. Uma das consequências mais claras é a ascensão das condições crônicas de doença (BRASIL, 2005). Em outras palavras, as condições crônicas , antes incipientes, agora assumem papel de destaque junto às prioridades da agenda de saúde.

A transição epidemiológica caracteriza-se pela importante mudança no perfil de morbimortalidade no Brasil. Em 2009, cerca de 60% das mortes no Brasil foram atribuídas as DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), 4% as doenças infecciosas e parasitarias e 2% às doenças do período neonatal(BRASIL,2011a). Essa distribuição contrasta com a de 1930 quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais brasileiras. (SILVA-JÚNIOR, 2009).

Seguindo a tendência dos países do primeiro mundo, o impacto das DCNT em muitos países em desenvolvimento cresce continuamente e aumenta as dificuldades socioeconômicas. A mudança no perfil de morbi-mortalidade ocorreu em um contexto de desenvolvimento econômico e social marcado por avanços importantes e pela resolução dos principais problemas de saúde pública. Paralelamente a essa mudança na carga de doença, houve a rápida transição demográfica no Brasil, que

produziu uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos (IBGE, 2011), acompanhado pelo crescimento da renda, industrialização, mecanização da produção e urbanização. Outro fenômeno foi o aumento do acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, potencializado pela globalização de hábitos não saudáveis produzindo rápida transição nutricional (MONTEIRO, 2000), expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas.

Dados recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) apontam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto

O plano de ação 2008 da OMS (WHO, 2008) para as DCNT destaca as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas e seus fatores de risco compartilhados que são tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool. Essas quatro DCNT foram responsáveis por 58% das mortes no Brasil em 2007 e são, juntamente com os transtornos neuropsiquiátricos, as principais causas da carga de doenças (SCHRAMM, 2004).

As mudanças observadas nos padrões de ocorrência das doenças têm colocado novos desafios, não só para os gestores como também para os trabalhadores e usuários. A gestão do cuidado às DCNT necessita de investimento em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável, sendo fundamental o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas e integradas para sua prevenção e controle.

Nessa direção, a experiência de outros países mostra que o sucesso das intervenções de saúde pública, no que se refere à redução dos fatores de risco e da prevalência das DCNT, é maior à medida que são realizadas de maneira integrada e abrangente as ações de promoção da saúde e de prevenção de DCNT e seus fatores de risco. Desta forma, o cuidado integral às DCNT, se expressa na articulação de promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.

2.2. A gestão do cuidado às doenças crônicas e as respostas do sistema de saúde brasileiro

É importante para o estudo, entendermos que a gestão do cuidado às DCNT pode se apresentar em um contínuo que vai desde a fragmentação até a integração dos serviços. Essas duas maneiras de se analisar os sistemas de atenção à saúde não aparecem, na prática social, de forma independentemente, ao contrário, os sistemas fragmentados tendem a se voltar para a atenção principal às condições e aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas(MENDES, 2012).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Para Mendes (2012), nesse sistema a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos.

Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida. Essa forma de organização dos sistemas de atenção à saúde apresentam fundamentos teórico-conceituais que as sustentam.

Pela lógica da atenção às condições agudas, o sujeito ao se sentir mal ou quando agudiza sua doença, busca o sistema e é atendido, na unidade de pronto-atendimento ambulatorial, num segundo momento, apresenta uma descompensação metabólica e é internado numa unidade hospitalar. Contudo, nos intervalos entre esses momentos de agudização de sua condição crônica não recebe uma atenção contínua e proativa, sob a coordenação de uma equipe da ESF e NASF. Esse sistema de atenção à saúde que atende às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, ao final de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários e econômicos desastrosos (MENDES,2012).

Essa forma de atenção voltada para as condições agudas não permite intervir adequadamente na gestão do cuidado às DCNT. Sem a gestão do cuidado integral e contínua torna-se difícil alcançar melhorias na qualidade de vida dos sujeitos portadores de DCNT.

A proposta do governo para solucionar essa crise está em acelerar a transição do sistema de atenção à saúde por meio de reformas profundas que implantem as redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária à saúde. Uma atenção primária à saúde, na perspectiva das redes de atenção à saúde, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários. Só será possível organizar o SUS (MENDES, 2012)

Não se pode esquecer de que qualquer rede, modernamente definida, é constituída de interconexões instáveis de elementos em permanente interação cuja variabilidade obedece a alguma regra de funcionamento. E isto também vale para as redes de saúde, onde os diversos atores em seus diversos níveis de governabilidade, em teoria, deveriam estabelecer esta comunicação constante. Na prática isto ainda não se realizou e, em face deste problema da fragmentação dos modelos assistenciais o desafio dessa integração aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas, fundamentadas na APS (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004) .

Diante do desafio do cuidado contínuo e integral, o Ministério da Saúde (MS) elaborou, entre outras ações, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil no período de 2011 a 2022 (BRASIL, 2001). O objetivo do plano é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. Fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em: a) vigilância b) promoção da saúde; c) cuidado integral.

O primeiro componente do plano, a vigilância de DCNT, reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle. A prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências para a qualidade de vida e o sistema de saúde no país.

No componente Promoção da Saúde, compreendeu-se a importância das parcerias para superar os fatores determinantes do processo saúde-doença, foram definidas diferentes ações envolvendo diversos ministérios (Educação, Cidades, Esporte, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Agricultura/Embrapa, Trabalho e Planejamento), a Secretaria Especial de Direitos Humanos, a Secretaria de Segurança Pública, órgãos de trânsito e outros, além de organizações não governamentais, empresas e sociedade civil, com o objetivo de viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução dessas doenças e seus fatores de risco, em especial para as populações em situação de vulnerabilidade.

No terceiro componente do plano, cuidado integral, insere-se a construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas. Nesse momento, o enfoque da RAS será quatro problemas de saúde por serem epidemiologicamente mais relevantes, são eles: as doenças renocardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus e insuficiência renal crônica), a obesidade, o câncer e as doenças respiratórias.

A organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais: a) Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas; b) Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; c) Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas; d) Contribuir para promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2011).

O elemento essencial para garantir a qualidade da atenção a essa população é a mudança no processo de trabalho das equipes em todos os pontos de atenção. A ESF tem o seu papel fundamental nesse processo de gestão do cuidado, ciente de

que compõe uma rede de atenção que atende necessidades que muitas vezes precisam ir além da atenção básica. Dessa forma, a gestão do cuidado às DCNT solicita o cuidado especializado, a urgência e o cuidado hospitalar. Esse processo implica a incorporação de tecnologias e de gestão do cuidado para atenção integral e longitudinal e também a articulação de ações e serviços para a constituição de linhas de cuidado em toda a rede. Na elaboração dessas linhas de cuidado devem ser consideradas as contribuições de setores especializados e da sociedade em geral.

A vigilância, dessa forma, amplia seu enfoque para além de um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de agravos de saúde com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 2009). Assume nessa configuração uma proposta de redefinição das práticas sanitárias que se fundamenta no princípio de integralidade. Teixeira *et al* (2003), incorpora a reflexão em torno da adequação das ações e serviços aos problemas, necessidades e demandas da população, articulando o enfoque populacional (promoção) com o enfoque de risco (proteção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se em uma forma de pensar e de agir em saúde, de acordo com a situação de saúde das populações.

Esse outro olhar da Vigilância exige a construção de um modelo assistencial, que aponte para a reconfiguração dos processos de trabalho, permitindo a incorporação de outros sujeitos, como os representantes da população e os agentes de vigilância em saúde, entre outros. Além disso, permite lançar mão de antigos e novos instrumentos ou meios de trabalho, desde os gerenciais, até os de informação georeferenciada para a operacionalização da vigilância.

Mattos (2003) diz que uma das marcas das políticas de enfrentamento de determinadas doenças pautadas pela integralidade é que elas contemplam tanto as dimensões assistenciais como preventivas. Nesse sentido, elas se voltam tanto para garantir o direito dos portadores de DCNT às ações assistenciais que necessitam, quanto ao direito dos não portadores a se beneficiarem das ações preventivas.

Tomando como exemplo o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes, identificam-se as chamadas linhas de cuidado que têm início na atenção básica e acompanham o paciente nas ações de média e alta complexidade (MALTA, 2006). No âmbito da atenção básica, estão às mudanças de hábitos alimentares, a prática de atividade física, a avaliação clínica sistemática e o

acesso aos medicamentos capazes de manter sob controle os níveis da pressão arterial e da glicemia. Por outro lado, também incluem a organização da atenção especializada, capaz de dar respostas efetivas às complicações que porventura surgirem, evitando a morte precoce e a incapacidade.

A Promoção da saúde é fundamental para o planejamento de ações com ênfase nos determinantes sociais e na articulação intersetorial para o cuidado integral das DCNT. A articulação intersetorial requer que os distintos setores trabalhem juntos na construção de estratégias, políticas e planos de ação locais, bem como no estabelecimento de redes de corresponsabilização entre sujeitos e coletivos pela defesa e promoção de melhores condições de vida e saúde (BRASIL, 2008).

A intersetorialidade articula ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, entre outros. Para Mendes (2012), os projetos intersetoriais geram sinergias entre as diferentes políticas públicas produzindo resultados positivos na saúde da população. Ampliar as redes de compromisso e corresponsabilização significa também aumentar a participação comunitária e a ação coletiva local, envolvendo organizações não governamentais, o setor privado e as instituições de ensino e pesquisa, para que todos sejam partícipes na construção de modos de viver saudáveis (MENDES, 2012).

Algumas práticas sanitárias, ao incluírem a dimensão do cuidado na forma de lidar com o sofrimento e adoecimento, propiciam aos sujeitos um estímulo à consciência crítica e maior controle da própria vida (LACERDA & VALLA, 2003). Incorporar novas práticas de cuidado às DCNT exige dos trabalhadores que atuam na ESF mudanças no seu processo de trabalho e nas relações que mantém com outros profissionais, além de interferir nas relações que mantém com os usuários de suas equipes e com a população do seu território de atuação.

Capítulo 3

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza teórica, no qual foi realizado uma pesquisa bibliográfica que visou explorar as contribuições de diferentes autores sobre o tema gestão do cuidado às Doenças Crônicas não Transmissíveis com foco na Estratégia Saúde da Família. A pesquisa bibliográfica é aqui entendida como "*estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica*" (OLIVEIRA, 2007, p. 5). A autora destaca a importância, para quem faz opção pela pesquisa bibliográfica, de ter a certeza de que as fontes a serem pesquisadas já são reconhecidamente de domínio científico.

A bibliografia aqui utilizada foi composta por livros, revistas, documentos legais (portarias ministeriais) e arquivos em mídia eletrônica. Utilizamos como base de dados a Scientific Electronic Library online – SCIELO, o Portal da Saúde – BVS do Ministério da Saúde e a base de dados coleciona SUS Brasil. Os descritores doenças crônicas; doenças crônicas não transmissíveis; doenças crônicas na saúde da família; gestão do cuidado; e integralidade foi utilizada para seleção de títulos de periódicos nas três bases. Essas palavras foram selecionadas a partir dos temas em destaque na revisão bibliográfica, com o intuito de subsidiar as respostas ao problema de pesquisa.

Na base de dados da Scielo (quadro 1), encontrou-se o descritor doenças crônicas não transmissíveis em 5 artigos; doenças crônicas em 52 artigos, e gestão do cuidado em 180 artigos. No entanto, ao combinarmos os descritores doenças crônicas e saúde da família obtivemos 47 artigos.

Na base de dados do Portal da Saúde, na consulta on-line ao acervo, encontramos o descritor doenças crônicas em 63 artigos, doenças crônicas não transmissíveis em 12; e gestão do cuidado em 10 artigos (quadro 1). Ambas as palavras doenças crônicas e saúde da família não foram encontradas em nenhum artigo.

Na base de dados coleciona SUS Brasil, encontramos o descritor doenças crônicas em 22 artigos, doenças crônicas não transmissíveis em 5; e gestão do

cuidado em 33 artigos (quadro 1). Ambas as palavras, doenças crônicas e saúde da família, em 2 artigos.

Foram excluídos textos, artigos e referências bibliográficas que não tinham o foco na Atenção Primária. Foram escolhidos 17 artigos que buscavam compreender melhor o processo de produção do cuidado na Atenção Primária e nas práticas cotidianas da gestão do cuidado às DCNT. Iniciamos o processo de codificação dos materiais estabelecendo um código que possibilitou identificar rapidamente cada elemento da amostra de textos e documentos a serem analisados. Ao delimitar o período de tempo em que estas obras foram publicadas (10 anos), o número de publicações ficou muito limitado e esse critério foi descartado.

Quadro 1: Descritores e as bases de dados utilizadas no estudo

Palavras-Chave	*Scielo*	*Portal da Saúde*	Coleciona SUS Brasil	Total	Selecionados
Doenças crônicas	52	63	22	137	1
Doenças crônicas não transmissíveis	5	12	5	22	4
Integralidade	601	37	42	680	2
Doenças Crônicas e saúde da família	1	-	2	3	4
Gestão do cuidado	180	10	33	223	6
Total				1065	17

Os trabalhos científicos selecionados estão anexados a este estudo, permitindo a identificação e a fonte dos autores consultados em nossa análise de pesquisa (anexo 1). Por ser um estudo bibliográfico no qual foi utilizado material de domínio público, a pesquisa não foi enviada para o Comitê de Ética em Pesquisa.

1 - Preparação das informações

Nesta fase do estudo, foi realizada uma primeira organização do material, quando se tornou indispensável olhar para o conjunto de documentos de forma analítica, buscando averiguar como poderia proceder para torná-lo inteligível, de acordo com o objetivo de analisar a gestão do cuidado às doenças crônicas não transmissíveis na Estratégia de Saúde da Família, tendo como fundamento a integralidade do cuidado em saúde.

2 - Categorias utilizadas na análise do material teórico:

O material de leitura dirigiu o estabelecimento dos temas que viriam a compor as categorias de análise (quadro 2), que são as dimensões profissional, organizacional e sistêmica do cuidado (CECÍLIO, 2009).

Quadro 2: Categorias e unidades de análise dos dados do estudo

Categorias de análise/dimensões do cuidado (CECÍLIO, 2009)	Unidade de análise (temas)
Profissional	Postura ética do trabalhador
	Necessidade de saúde da população
	Integralidade do Cuidado
	Vínculo profissional-paciente
Organizacional	Registro e uso da informação
	Conversação e troca de experiências entre os profissionais de saúde
	Estabelecimento de fluxos de pacientes
	Normatização de processos de trabalho

	Compartilhamento e responsabilidade gerencial nas equipes
	Dinâmica de relacionamento da equipe
Sistêmica	Integralidade da assistência Regras e normas do serviço de saúde
	Sistemas de referência e contra referência e centrais de regulação
	Acesso às tecnologias em saúde necessárias por parte dos usuários.

Baseado no estudo de CECÍLIO (2009)

Em cada dimensão, selecionamos unidades temáticas que serão exploradas na análise dos resultados. Na dimensão profissional temos a postura ética do trabalhador, a necessidade de saúde da população, a integralidade do cuidado e o vínculo profissional-paciente.

Na dimensão organizacional forma destacadas o registro e uso da informação, conversação e troca de experiências entre os profissionais de saúde, estabelecimento de fluxos de pacientes, normatização de processos de trabalho, compartilhamento e responsabilidade gerencial nas equipes e dinâmica de relacionamento da equipe. E, por fim, na dimensão sistêmica, destacamos a integralidade da assistência, as regras e normas do serviço de saúde, os sistemas de referência e contra referência, centrais de regulação e o acesso às tecnologias em saúde necessárias por parte dos usuários.

Capítulo 4

Análise dos Dados

Elementos Fundamentais para a Gestão do cuidado às Doenças Crônicas não transmissíveis

É muito comum no cotidiano das equipes de saúde que trabalham na ESF, em especial no cuidado aos usuários portadores de DCNT, deparar-se com situações complexas, seja pelas características clínicas dos pacientes que apresentam várias patologias associadas e usam diversos medicamentos, seja pelas condições socioeconômicas que se encontram. O trabalho das equipes da ESF na produção do cuidado implica no desenvolvimento de saberes compartilhados e na disponibilização de tecnologias de saúde de acordo com as necessidades dos pacientes.

Para discutir a gestão do cuidado às DCNT serão utilizadas as dimensões do cuidado em saúde - profissional, organizacional e sistêmica - apresentadas por Cecílio (2009), conectando arranjos e dispositivos úteis para qualificar essa gestão do cuidado no âmbito do SUS. Embora se reconheça que as dimensões possuem uma relação de interdependência, para facilitar a compreensão, serão aqui apresentadas separadamente.

4.1. Gestão do cuidado às doenças Crônicas não Transmissíveis: dimensão profissional

Três componentes caracterizam uma boa ou má gestão do cuidado nesta dimensão: a) a postura ética do trabalhador, em particular como ele concebe o paciente que necessita de cuidados; b) a competência com que o trabalhador opera o seu núcleo de saber; e c) a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-usuário.

Em relação à postura ética do trabalhador, apesar do crescente desenvolvimento tecnológico e cientifico no setor saúde, a prática dos profissionais encontra limitações para responder as necessidades de saúde da população. As práticas assistenciais devem resultar de uma reorientação da forma de conceber o processo saúde-doença-cuidado, tendo como mudança principal o deslocamento do *lócus* de cuidado, centrando-se prioritariamente na saúde do indivíduo em seu contexto familiar.

Para Ayres,(2004), o conceito de saúde se associa ao conceito de felicidade e se expressa na experiência vivida individualmente - e nem sempre estará associada ao bem-estar - ou na perfeita normalidade morfofuncional, sendo assim uma relação entre experiência vivida e valores que orientam positivamente a vida. O que é considerado normal em um indivíduo pode não ser para outro, pois não há higidez nesse processo. A saúde torna-se a capacidade que a pessoa tem de consumir a própria vida (CANGUILHEM, 1995).

Ao admitir um conceito de saúde para além do bem estar físico, social e mental, o profissional se depara com uma doença que não é a simples ruptura deste tripé. Quadros clínicos semelhantes, ou seja, com os mesmos parâmetros biológicos, prognóstico e implicações para o tratamento, podem afetar pessoas diferentes de forma distinta, resultando em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade.

As DCNT têm processos de adoecimento de longo prazo e de causalidade complexa, exigindo que os trabalhadores compreendam a situação de saúde de determinado local e as condições de vida dos usuários e suas famílias. Em função dos problemas de saúde-doença, a equipe deve traçar o perfil epidemiológico e combinar as tecnologias leves, leve-duras e duras para dar resposta às necessidades de saúde dos usuários. Portanto, não se trata somente de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam as intervenções em saúde.

Essa apreensão de cuidado se articula intimamente à noção de integralidade. A integralidade constitui um dos pilares filosóficos da proposta do SUS no Brasil. O trabalho em equipe multiprofissional se dá em ato de forma dividida, ou aparentemente dividida, porque cada um tem algo de específico a realizar, tem um conjunto de conhecimento que permite certo fazer, por exemplo: o agente

comunitário de saúde não vai prescrever um medicamento, nem o médico vai aos domicílios cotidianamente, para realizar e atualizar o cadastro das famílias.

A gestão do cuidado às DCNT é potencializada no trabalhado em equipe e possibilita o (re) encontro entre usuários e trabalhadores de saúde, através do acolhimento e do diálogo. Trata-se de uma tomada de posição fundamentalmente ética, ou seja, a condição ética se dando no contato, na abertura ao outro, na possibilidade do vínculo entre profissionais e usuários.

A formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em geral com expectativas diferentes, Enquanto o usuário busca assistência em estado físico e emocional fragilizado, o profissional se encontra em outra condição por estar supostamente capacitado para atender e cuidar da fragilidade (BRASIL, 2004). O vínculo com os usuários dos serviços de saúde deve favorecer a sua participação no processo de produção do cuidado integral, ampliando assim a eficácia das ações de saúde (CAMPOS, 2007),

Um dos problemas encontrados pelos profissionais de saúde no processo de intervenção com usuários portadores de DCNT é a baixa adesão ao tratamento (PERES et al, 2007). Esse é um fenômeno recorrente no cuidado aos usuários com doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida. O profissional de saúde, frente aos exames, sinais e sintomas clínicos, necessita de uma modificação de estilo de vida em curto prazo, e muitas vezes faz orientações normativas e impositivas para conscientizar os usuários, em detrimento da negociação e da pactuação do cuidado.

O processo de conscientização dos usuários com doenças crônicas é lento e envolve disciplina, planejamento alimentar e atividades físicas, além do uso permanente e contínuo de medicamentos. Mais do que criticar os usuários que fogem da dieta, os profissionais precisam compreender o simbólico do alimento na nossa sociedade e acordar um plano terapêutico que o usuário possa seguir. É preciso levar em contar que os hábitos alimentares estão relacionados a fatores complexos, que envolvem questões culturais, econômicos e sociais (PERES et al, 2007).

As condições crônicas transcendem, portanto, o sujeito doente,e interfere na vida familiar e comunitária e tem repercussões em seu universo de relações. Tais mudanças colocam os usuários em contato com seus medos, dúvidas e crenças. Desse modo, as equipes envolvidas no cuidado aos usuários portadores de

condições crônicas têm o desafio ético e profissional de desenvolver ações que promovam a adesão, o autocuidado e que auxilie no estabelecimento de uma rede de apoio em que seja reconhecida a sua condição de vida e de saúde.

A educação em saúde pode ser uma das estratégias que possibilitam melhor adesão dos usuários em tratamento (RABELO,1999). No entanto, muitos programas de educação em saúde fracassam por não levarem em consideração os aspectos psicológicos, culturais, sociais, interpessoais e as necessidades dos usuários com condições crônicas (ALMEIDA,2001). A educação em saúde implica em compartilhar saberes, sendo importante que os profissionais levem em conta as experiências de vida dos usuários, seus aprendizados e o seu próprio modo de existir. Não há construção de vínculo se o usuário não for reconhecido na condição de sujeito que fala, julga e deseja. O vínculo, desta forma, envolve afetividade, ajuda e respeito, e estimula a autonomia e o fortalecimento dos usuários diante das adversidades da vida.

Dessa forma, a dimensão profissional confronta as necessidades de saúde trazidas pelos usuários e o que a instituição, no caso a ESF, tem a oferecer , revelando transformações das práticas e valorização de novos saberes, por uma postura mais dialógica da equipe com os usuários. Essas transformações são potenciais construtoras de vínculo, aproximando quem oferece ou presta serviço de quem o recebe, construindo vínculo/responsabilização.

4.2. Gestão do cuidado às doenças Crônicas não Transmissíveis: dimensão organizacional

A dimensão organizacional do cuidado deve tratar de questões relativas ao registro e uso da informação, à criação de espaços de conversação e troca, ao estabelecimento de fluxos de pacientes, à normalização de processos de trabalho, e ao compartilhamento de responsabilidades que vão configurar uma nova lógica em que a responsabilidade gerencial e a conformação da dinâmica de relacionamento da equipe vão ocupar lugar central (CECILIO, 2009).

4.2.1. Registro e uso da Informação em saúde

O estabelecimento de uma política nacional de informação em saúde capaz de subsidiar os processos de produção e difusão do conhecimento, gestão, organização da atenção à saúde e controle social tornou-se um objetivo setorial do MS (BRASIL, 2004c). Combinadas de modo criativo e inovador, a tecnologia da informação e a integração do sistema de informações em saúde constituirão uma poderosa ferramenta na promoção da equidade na atenção integral à saúde, efetivando e qualificando a atenção básica como principal porta de entrada do cidadão no SUS e integrando-a com os demais níveis de atenção (BRASIL, 2004c)

A informação em saúde é aquela produzida com o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para a análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Na assistência as DCNT, o sistema de informação em saúde é essencial para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, assim como para avaliar a eficácia dos serviços prestados aos usuários portadores de doenças crônicas. É através da informação em saúde que teremos suporte tanto à abordagem clínica quanto às demais áreas de conhecimento essenciais para a qualidade do ciclo de atenção à DCNT.

No âmbito do trabalho das equipes de atenção básica, o uso da informação constitui um elemento essencial para a gestão do cuidado, na medida em que o primeiro passo para a organização do processo de trabalho de uma equipe deve ser o cadastramento domiciliar e a elaboração de um diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde (BRASIL, 2012). As equipes da ESF elaboram esse diagnóstico situacional do território, orientados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Outra questão que merece destaque é o preenchimento do sistema de informação por parte dos trabalhadores. A necessidade de informatização dos próprios serviços vem sendo negligenciada pelos órgãos da administração central dos três níveis de governo, e a operação da grande parte dos serviços de saúde ainda se baseia em registros manuais, o que consome parte importante da mão de obra disponível (BRASIL,2004c) .

A Política Nacional de Informação em Saúde foi escrita há quase dez anos, e apesar dos avanços percebidos no cotidiano da ESF, prevalecem desafios no cenário gerencial relacionados ás informação em saúde. O preenchimento dos múltiplos formulários se transforma em pesado encargo adicional, sem fornecer nenhum apoio para a melhoria da operação local. Esta forma de coletar dados que muitas vezes não tem interesse para o próprio serviço, apenas para cumprir as determinações administrativas, pode resultar na má qualidade das informações coletadas.

A informatização do processo de trabalho em saúde auxilia na organização dos dados da população e das pessoas usuárias resultando em uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva. Isso se faz por meio de ganhos de produtividade e qualidade dos serviços de saúde. Curitiba, Ipatinga, Sobral, Aracaju e Campo Grande são alguns dos municípios em que a informatização alcança a rede básica trazendo vantagens para a população, para os profissionais de saúde e para os gestores (BRASIL, 2004c).

Os sistemas de informação clínica proporcionam o acesso às informações do usuário e da família pelos membros da equipe multiprofissional e auxilia na continuidade da assistência prestada aos usuários portadores de DCNT. Além disso, provê *feedback* de performance na área de DCNT**.** Possui campo específico para registro e monitoramento da DCNT e é um importante suporte para prover uma atenção de alta qualidade na gestão às DCNT.

Os sistemas de informação da clínica são essenciais para o funcionamento da ESF, tanto no manejo das condições agudas quanto crônicas. Algumas unidades de ESF carecem de sistemas informatizados para classificação de riscos das pessoas em situação de urgência e de prontuários clínicos familiares eletrônicos. Segundo Mendes (2012), é impossível promover cuidados adequados aos portadores de condições crônicas sem prontuários clínicos eletrônicos. Além disso, a carência de prontuários clínicos familiares impede que a ESF introduza a gestão de base populacional e exercite as funções de coordenação do cuidado em saúde.

4.2.2 Processo de trabalho da equipe de saúde

Para desenvolvermos a análise do processo de trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na dimensão organizacional do sistema, precisamos compreender o campo de atuação da equipe. A PNAB (2011) define assim a Atenção Básica:

> O trabalho gerado na ESF acontece em espaços bem particulares (casa do paciente, consultórios), tendo os trabalhadores alto grau de autonomia, mesmo que suas ações tomem por base protocolos e normas técnicas. Só o fato de existir um conjunto de trabalhadores contratados para a ESF e atuando numa mesma área, aparentemente com um objetivo comum não garante o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Estamos tratando aqui de unidades de saúde pública, com funcionários contratados no regime celetista (CLT) e servidores públicos. Os contratos estáveis garantem a proteção legal quanto aos direitos trabalhistas e previdenciários. Ainda que esses direitos estejam garantidos nas duas formas de vinculação apresentadas, a diferença entre elas interfere nas relações de trabalho, gerando tensões as quais podem prejudicar as ações em saúde desenvolvidas pelos profissionais.

Como sabemos, a despeito da forma de vinculação dos profissionais nas equipes de saúde da família e no NASF, estes devem desenvolver suas ações de maneira integrada produzindo consensos para atender as necessidades do usuário e de sua comunidade. Os conflitos são construtivos quando o serviço oferece oportunidades para negociação, ou seja, existe uma margem de liberdade para o trabalhador ajustar à realidade de trabalho aos seus desejos e necessidades (MENDES, 2012). Isso significa que o serviço precisa ter certa flexibilidade, as condições de trabalho devem ser adequadas e as relações socioprofissionais devem ser abertas, democráticas e justas.

Na gestão do cuidado às DCNT, é essencial ter uma equipe de trabalhadores que atue em conjunto para garantir a integralidade do cuidado aos usuários. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar, a construir relações interpessoais onde circulam saberes, afetos, interesses, poderes e desejos (FORTUNA, 2005).

Os usuários portadores de condições crônicas, necessitam de cuidados preventivos, de ações de autocuidado, de educação em saúde, de tratamento e monitoramento e devem ser acolhidos por diferentes membros da equipe de saúde.

Nessa perspectiva, a atuação da equipe em rede é fundamental e amplia a dimensão do cuidado integral em saúde (LACERDA, 2010)

Parte dos atendimentos aos usuários com doenças crônicas pode ser feito em grupo, com presença de vários profissionais (MENDES, 2012). Os usuários portadores de condições mais complexas, segunda a avaliação e gestão de caso pela equipe, devem concentrar maiores cuidados profissionais, especialmente médicos, e aqueles, com condições crônicas muito complexas demandam a atenção provida por uma equipe multiprofissional apoiada pelos NASF ou por outros níveis de atenção, por exemplo.

Quando os trabalhadores se reúnem, devem traçar o plano terapêuticos dos usuários e as decisões a serem tomadas na gestão do cuidado às DCNT. O espaço utilizado na ESF para elaboração de planos de cuidado e discussão do serviço é a reunião de equipe (FORTUNA, 2005). . No entanto, os atrasos frequentes, o entrar e sair de profissionais durante o encontro, o término das reuniões em função do esvaziamento, e, a dificuldade de concluir com propostas efetivas, são alguns dos indicativos de que a reunião de equipe não está sendo operativa, nem contribuindo para mudar o jeito de trabalhar; ao contrário, está a serviço da reprodução do velho jeito de atender (FORTUNA, 2005).

Como as necessidades de saúde são social e historicamente construídas e são extremamente dinâmicas, exigem que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco para escutar, retraduzir e trabalhar as necessidades de saúde, em especial na produção do cuidado integral às DCNT.

O *feedback* é parte fundamental do processo de trabalho em equipe, fazendo com os profissionais saibam como estão sendo vistos no ambiente de trabalho e os ajudando a rever seus comportamento e desempenho mais adequados a uma determinada situação,. A falta do *feedback* pode deixar a equipe sem saber qual direção seguir. Essa retroalimentação, ou alimentação de retorno dada ao trabalhador pode ir além de uma resposta escrita, um elogio, uma análise ou até mesmo uma opinião direta ao solicitante.

Nos últimos anos observa-se interesse crescente sobre esse tipo de pagamento *pay-for-performance* (P4P) ou *“value based purchasing*” e pela experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2006). A

experiência carioca com esse tipo de gestão ainda é recente, mas utiliza a base conceitual para a metodologia de pagamento de variável salarial. Na organização do processo de trabalho, os indicadores e metas alcançados podem resultar em retorno financeiro para o trabalhador e/ou equipe. A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Coordenação de Linha de Cuidado e Programas Especiais da Secretaria Municipal de Saúde.

No acompanhamento dos usuários portadores de diabetes e/ou hipertensão considera-se fatores como as consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, monitoramento dos registros de pressão arterial, exames laboratoriais, visitas domiciliares e grupos de educação em saúde.

Através do retorno das atividades desenvolvidas *(feedback* de performance) o trabalhador pode identificar e reconhecer, as dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho. Além disso, como já citado, receber a sua remuneração por desempenho na ESF. Nessa perspectiva, as equipes produziriam sentidos e significados potencialmente facilitadores e mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento na atenção às DCNT.

A operacionalização das ações na dimensão organizacional do cuidado é direcionada pelos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, por meio do entendimento do fluxo da demanda por assistência à saúde e pela oferta de serviços de acordo com as necessidades da população. Percebemos, através da análise, a necessidade de mudanças na produção do cuidado que garantam o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência do usuário e ao restabelecimento de sua autonomia. Pensar a necessidade é lembrar os princípios do SUS, é pensar a Integralidade de modo a conhecer a realidade, identificando prioridades e tendo como base o perfil epidemiológico do território e a otimização dos recursos existente nos e entre os serviços.

4.3. Gestão do cuidado às doenças Crônicas não Transmissíveis: dimensão sistêmica

A “dimensão sistêmica” da gestão do cuidado refere-se à existência de serviços de saúde com diferentes papéis e incorporação tecnológica que produzem certo grau de comunicação entre eles para garantir a integralidade na assistência (CECILIO, 2009). Esta dimensão é mediada por regras e normas, representadas por protocolos, sistemas de referência e contra referência e centrais de regulação.

Deparamo-nos com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas. Oferecer um cuidado com qualidade aos usuários portadores de doenças crônicas não se dá espontaneamente. É necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos desse usuários com a capacidade de identificar recursos, e combiná-los de forma planejada e pactuada no processo de gestão do cuidado.

Se existe um conjunto de necessidades expressas e vividas pelos usuários com doenças crônicas, a estas corresponde um conjunto de práticas, habilidades e saberes que são articulados pelos profissionais de saúde na oferta de cuidados. Estas práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, a indicação adequada da realização de exames e procedimentos, sem uma supremacia de uma ou outra tecnologia.

A gestão de uma rede deve obedecer às premissas de transparência, comunicação e participação, redefinindo-se os padrões de relação entre as pessoas e a organização. Para isso, não basta apropriar-se de uma linguagem moderna, sendo imprescindível estabelecer, entre os atores, o consenso sobre seu papel e o comprometimento político com a implementação de estratégias de ação consistentes e abrangentes que substituam a lógica hierárquica por uma norma dialogicamente negociada. A coordenação do cuidado integral se efetiva quando está alicerçada por uma rede articulada de serviços de saúde que garantam a gestão do cuidado,

operada com base em mecanismos de regulação assistencial, permitindo uma atenção à saúde contínua.

A assistência à saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral são um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde (FRANCO & MAGALHÃES JR, 2003). Existe no serviço a grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro, estes serviços representam enormes gastos para o orçamento da saúde.

A esse quadro soma-se a necessidade de criar respostas considerando a integralidade do cuidado, passando a ser vista sob o aspecto não apenas de organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para Franco & Magalhães Jr. (2003), garantir a integralidade é operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar.

O encaminhamento do usuário portador de doenças crônicas pela equipe da ESF para níveis de maior complexidade na rede não deve ser entendido como uma exceção no cuidado. O profissional de saúde ao lançar mão de tecnologias de cuidado, observa a necessidade de continuidade dessa assistência, que deve estar balizado por critérios bem conhecidos pela equipe da ESF, bem como pelos outros pontos da rede de atenção.

Fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na ESF, sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido, revela certo modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário. A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde (FRANCO & MAGALHÃES JR, 2003). Vínculo e afeto também são importantes, pois profissionais e usuários transferem afeto. Com a consciência destes fluxos, pode-se ajudar a pessoa a ampliar sua autonomia para lidar melhor com a doença (BRASIL, 2004).

Para a integração propriamente dita do cuidado àquele que sofre com problemas de saúde existe a necessidade de uma coordenação que assegure a continuidade e a globalidade do serviço requerido de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. E isso em seus diversos níveis, pois se trata de sistemas dentro de sistemas que devem ser compreendidos, desde mesmo o indivíduo, em sua complexidade. Assim existiria, em um primeiro momento a integração das equipes clínicas, sob o paradigma da multidisciplinaridade, inserida na rede de cuidados de forma estrutural e participativa – que chamaremos de integração clínica. Ela se apoiaria em estratégias de gestão, financiamento e informação (integração funcional) que seriam o conjunto dos pontos de atenção à saúde que se articulam, pela via das tecnologias de gestão da clínica, numa rede capaz de prestar atenção contínua a uma população adscrita.

O desconhecimento destas tecnologias de microgestão (utilização de procedimentos, gestão da patologia, gestão de casos, lista de espera e procedimentos expectantes, revisão dos usuários, protocolos clínicos e sistema integrado de informação) estaria dificultando a implantação nacional dos sistemas de referência e contra referência, tão frequentemente enunciados (MENDES, 2012).

A escolha da ESF como modelo prioritário de implantação da APS no Brasil é reforçada pela proposta teórica de preencher estas que, por décadas, vem sendo as lacunas das linhas de cuidado que compõem a trama desta rede. Assim, são comuns situações em que rígidos mecanismos de controle e territorialização se antecipam à devida alocação de fundos e aos necessários investimentos relacionados aos aspectos do envolvimento cognitivo e afetivo dos profissionais implicados, quando é evidente a importância de incentivos à sua formação na constituição das redes assistenciais.

Além disso, pelo desconhecimento dos papéis a ser desempenhados por cada um dos atores elencados, paira uma desconfiança de como a APS poderia gerir este cuidado por ser aquela que mais próxima se encontra da dimensão normativa da integração e, portanto, a mais habilitada a estabelecer coerência entre valores e processo de trabalho.

Considerações Finais

O enfrentamento das DCNT no Brasil tem ocorrido através da implementação de estratégias setoriais e intersetoriais para operar o seu cuidado integral, considerando a magnitude, em termos de morbimortalidade, com que as mesmas acometem a população, a gravidade das manifestações, bem como os impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral. Existe consenso nas produções técnico-científicas estudadas de que melhorar a saúde de sujeitos e coletividades é investir no desenvolvimento do país e que devemos realizá-la por intermédio de políticas públicas integradas e custo efetivas. Assim, uma Atenção Básica fortalecida e resolutiva poderia responder pela melhoria da qualidade de vida da população.

O sistema de saúde brasileiro tem se organizado para oferecer assistência aos portadores de DCNT mediante modelos de atenção as condições crônicas com base na territorialização. A expansão e a qualificação da Estratégia Saúde da Família pode propiciar o acesso ao cuidado integral e a melhoria na gestão do cuidado as doenças crônicas.

As três dimensões da gestão do cuidado aqui estudadas – profissional, organizacional e sistêmica - nos apresentou a integralidade como ferramenta para organização e reflexão acerca das práticas de atenção à saúde em nosso país, e apontou para um modelo atenção que prioriza projetos de vida, felicidade, construção de identidade no encontro entre os profissionais de saúde e pacientes no serviço.

Na dimensão profissional encontramos o desafio de, através dos núcleos de saber de cada profissional e do trabalho em equipe, formar vínculos com usuários e garantir uma postura profissional ética, reconhecendo e valorizando o reconhecimento dos diferentes modos de vida dos sujeitos portadores de DCNT. Essas construções são decorrentes de experiências vividas, valores e culturas que demonstram que a gestão do cuidado às DCNT necessita de ações de saúde

coerentes e fundamentadas nas formas singulares de agir e viver dos sujeitos portadores dessas condições crônicas.

Formar vínculo, dessa forma, é um grande desafio dada a sua prática não normativa. Não podemos pensar na continuidade do cuidado a sujeitos portadores de DCNT, sem pensar em uma prática clínica e gerencial que sustente o vínculo. Ou seja, fazer um seguimento longitudinal e com vínculo exigido no cuidado às condições crônicas, implica em recursos clínicos dos profissionais, mas também de apoio, suporte e cobrança da parte gerencial.

Por mais bem estruturada que se encontrem as rotinas de trabalho e as diretrizes clínicas e assistenciais na dimensão do organizacional da gestão do cuidado às DCNT, o trabalhador de saúde em sua prática se vê diante de um encontro singular. Esse grau de liberdade e em contrapartida, de responsabilidade do trabalhador de saúde em relação às suas ações é com muita frequência maior do que em outras áreas de trabalho. E essa autonomia não pode se desvincular da organização (gestão) e dos interesses dos usuários.

Ora, como se vê, o trabalho em saúde tem peculiaridades e essas aumentam quando lidamos com sujeitos que precisam mudar seus hábitos de vida de forma contínua e permanente por conta do desequilíbrio orgânico e emocional causado pelo diagnóstico das DCNT.

Na dimensão organizacional encontramos o apoio à clínica, através do uso de registro e uso da informação e a conversação e troca de experiências entre os profissionais de saúde. Os estudos analisados indicam que a gestão do cuidado às DCNT efetiva e de qualidade deve se amparar em sistemas potentes de informação clínica.

A complexidade gerencial da ESF estabelece a necessidade de prontuários clínicos eletrônicos. A informação em Saúde dá suporte tanto à abordagem clínica quanto às demais áreas de conhecimento essenciais para a qualidade do ciclo de atenção à DCNT. Devemos destacar que a visão unificada de todos os registros de saúde do cidadão na rede de atenção favorece o trabalho em saúde colaborativo, articulado e integrado entre os diferentes sujeitos: cidadão, profissional, gestor de saúde e prestador de serviços, nas três esferas.

No que se refere a organização do processo de trabalho, a equipe de saúde por ser constituída por profissionais com formações diferenciadas depende da

interação entre as diversas formas de exercícios clínicos existentes. Assim, a organização da gestão do cuidado às DCNT passaria pela elaboração conjunta das agendas de seus profissionais, em outras palavras, a equipe precisa combinar suas atividades individuais e coletivas na abordagem às condições crônicas.

Na dimensão sistêmica da gestão do cuidado, vemos cotidianamente problemas e entraves com o sistema de referência e contra referência dos serviços. Ao ser encaminhado, o usuário portador de DCNT passa a ser de outro lugar, saindo da lógica de territorialização prevista na ESF, do cuidado longitudinal e com vínculo entre os profissionais e os usuários. O serviço especializado a qual foi encaminhado o usuário pouco sabe sobre o seu histórico clínico e de tratamento da ESF. Ele é atendido e voltará à sua equipe, mas os dois serviços e o dois profissionais pouco conversam.

O trabalho em rede exige a superação do atendimento individual e curativo. É assumir que as respostas podem também ser construídas pelas pessoas envolvidas na gestão do cuidado às DCNT. É acreditar que o diálogo é valido no entendimento do contexto em que vivem as pessoas. A rede deve ser uma construção coletiva voltada para a autonomia, saber popular, saberes científicos, núcleo e campo dos profissionais.

Em todo estudo nos questionamos se existe realmente essa gestão do cuidado às DCNT expressa nas três dimensões e idealizada em recomendações oficiais e textos teóricos. As implantações das recomendações para a gestão do cuidado às condições crônicas estão ocorrendo de maneira bastante heterogênea, através do esforço de gestores e profissionais de saúde em transforma-las em realidade.

A qualidade e a capacidade resolutiva dos serviços são muito desiguais. Além disso, há problemas graves com a política de pessoal, desde a contratação até a formação especializada dos profissionais em saúde da família, ou em saúde coletiva ou até mesmo para exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista.

Concluímos que apesar da mudança de cenário com a implantação da ESF, na prática, as equipes tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados e sistemáticos para reformular as prática e saberes na gestão do cuidado às DCNT. Percebemos que não há uma melhor combinação pré-concebida dos componentes das dimensões profissional, organizacional e sistêmica para o melhor cuidado dos usuários portadores de condições crônicas. O melhor arranjo será o que irá responder à singularidade de

cada contexto. Contexto esse não reduzido ao quadro epidemiológico assustador das DCNT, e sim a disponibilidade de recursos, capacidade instalada, padrão cultural e principalmente as necessidades da população adscrita.

Referências Bibliográficas

AYRES. JRCM. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2004. 8(14):73-91.

ALMEIDA MCP & MISHIMA SM. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família**: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 5(9):150-153, 2001.

ALVAREZ, D.; TELLES, A. N. **Interfaces ergonomia-ergologia**: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

ALWAN, A. et al. **Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases:** progress and capacity in high-burden countries. The Lancet, 2010, 376:1861–1868.

BERTRAN D, D. **Lexique socio-economique utilise en santé-publique**. Paris, Université Paris Vll, 1991.

BONALDI, C. et al. **O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade:** experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS DE BARROS, M. E.; MATTOS, R. (Org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 51-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011a.

_____. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b.

_____.PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.(2011c)

_____.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).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância
Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____.Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de Doenças Crônicas não Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, prevenção e assistência. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2008a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006a; 29 mar.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2005a

____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo

Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2004.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004c.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº. 2.394 de 19 de dezembro de 2003. Anexo I. Relação dos Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2004, para município segundo número de habitantes e Estado. 2003.

BRITO. J.C. Trabalho Prescrito. IN: PEREIRA, I.B & LIMA, J.C.F. Dicionário da educação profissional em Saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CAMPOS. G.W.S Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde, p. 229-266. In EE Merhy & R Onocko (orgs.) Agir em Saúde: um Desafio para o Público. Hucitec/Lugar, São Paulo, Buenos Aires:1998.

CAMPOS, G.W.S.; GUTIERREZ, A.C.; GUERRERO, V.P.; CUNHA, G.T. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família in: Campos, G.W.S.; GUERRERO, V.P.(org.) Manual de Práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2010.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 4a ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: Caderno de

Saúde Pública. v. 23, n. 02, 2007.

CECILIO, L. C. O. **A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy**: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.545-55, 2009.

CECILIO, L.C. E MATSUMOTO,N.F. **Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde** in Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde / Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. - Rio Grande do Sul : Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. et al. **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. In MERHY, E. E. et al (org.) O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007.

CECILIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção à saúde**. In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A (org) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

COELHO. I.B. Formas de Pensar e Organizar o Sistema de Saúde: os modelos assistenciais em saúde. In Campos, G W S e Guerrero, A V P. Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada. HUCITEC, SP, 2ed. 2010, 411p.

COSTA, E.A. **Vigilância da saúde e vigilância sanitária**: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20° Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003. (Cooperação Técnica ISC/Anvisa).

COSTA, N.R.; SILVA, P.L.B.; RIBEIRO, J.M. **Inovações organizacionais e de financiamento:** experiências a partir do cenário institucional. In: NEGRI, J.C. (ORG);

DI GIOVANNI, G. (ORG). **Brasil radiografia da saúde**. 1º ed. Campinas:UNICAMP, 2001.

FAÏTA, D. **Análise dialógica da atividade profissional.** Rio de Janeiro: Imprinta Express, 2005.

FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman, 2004

FORTUNA, C. M. et al. **O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família:** reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev. Latinoam. Enfermagem, 13(2): 262-268, 2005.

FRANCO, TB; MERHY, EE – Mapas Analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. UFRJ. Set.-2007. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy. Acesso em 21.11.2011.

FRANCO, T.B, MAGALHÃES, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E, MAGALHÃES, H.M, RIMOLI, J, FRANCO, T.B, BUENO, W.S (Organizadores). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Ed. Hucitec, 2ª Ed; 2003.

FRANCO TB, MERHY EE. PSF: contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde. Tribuna Livre 2000. [acessado 2000 Abr 28]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm

GHC. GROUP HEALTH COOPERATIVE – Conducting a continuing care clinic: handbook for practice teams, 2001. Disponível em http://www.ghc.org, acesso em julho de 2012.

GONÇALVES RBM. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

GOULART, F.A.A. Doenças Crônicas não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília-DF:2011.

GRABOIS V. **Gestão do cuidado.** In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B

HARTZ, ZMA, CONTANDRIOPOULOS, A-P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde**: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública, 20 Sup 2:S331-S336, Rio de Janeiro, 2004.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica. **Indicadores Sociodemograficos e de Saude no Brasil 2009**. Estudos e Pesquisas Informacao Demografica e Socioeconomica, numero 25. 2011.
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_
sociosaude/2009/indicsaude.pdf (acesso em 28 de agosto de 2012).

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: www.ipeadata.gov.br. Acesso em: 21 jul. 2011.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS – IPP. Armazém de Dados / Bairros Cariocas. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairroscariocas . Acesso em: 25 julho 2011.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz. **Sofrimento no trabalho**: a construção social do adoecimento de Trabalhadoras da Saúde. Tese de Doutorado (Doutorado em

Serviço Social) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2006.

LACERDA, A. Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. 2010. 204 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IN: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ ABRASCO, 2003.

LUCENA, MDS. Planejamento de Recursos Humanos. São Paulo: Atlas, 1999.

LORIG K, HOLMAN HR, SOBEl D, LAURENT D, GONZÁLEZ V, MINOR M. Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, enphysema and others. 3rded. Boulder: Bull Publishing Company; 2006.

MALTA, D.C. **Saúde suplementar e modelos assistenciais.**
disponível em:
http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/tt_as_14_dcarvalhomalta_modelosassistenciais.pdf.
Acesso em 16/09/2012.

MARQUES, R.M. MENDES, A. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica**: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad. Saúde Pública vol.18 supl. Rio de Janeiro 2002

MATTOS, R. A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO. R; MATTOS, R. A. (Orgs). Construção da integralidade: cotidiano,

saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

MERHY, E. E. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS**: Apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al (org.) O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
_____. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**. IN: CAMPOS, R.C. et al. (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

.
MONTEIRO CA, MONDINI L, SOUZA AL, POPKIN B. **Da desnutrição para a obesidade:** a transicao nutricional no Brasil. In: Monteiro CA, ed. Velhos e Novos Males da Saude no Brasil: a evolucao do pais e suas doencas, 2nd edn. Sao Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000: 247–55.

MORAES, I.H.S; Veiga, L; VASCONCELLOS, MM; RANGEL, S. **Inclusão Digital e Conselheiros de Saúde:** Uma Política para Redução da Desigualdade Social no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 14(3), 2009.
NOGUEIRA, R. P. Perspectivas da qualidade em saúde; Rio de Janeiro Qualitymark,1994.

OLIVEIRA, G. N. **Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede**. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (org.) Manual de práticas de

atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. p. 273-282.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção de Doenças Crônicas um** investimento vital. 2005.

PAIM, J.S. **Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção.** disponível em: https://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm. acesso em: 16/09/2012.

Peduzzi M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas:Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PÉRES D.S. SANTOS, M. S. ZANETTI M . L . FERRONATO. **Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos.** Rev Latino-am Enfermagem 2007

PHIPPS, W.L. et al. **Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e práticas clínicas. Lisboa**: Lusodidacta, 1995. cap. 13, p. 225-246. Doença crônica.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ações e pensamentos na contrução da integralidade. In: Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A.(ORG). Rio de Janeiro. UERJ, IMS:ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. **Cuidado e Integralidade**: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. IN: PINHEIRO, R.; Mattos, R. A. (org) Cuidado as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

PINHEIRO, R. CUIDADO EM SAÚDE. In: **Dicionário da educação profissional em saúde.** Acessado em: março de 2014 Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html

PIRES D. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde.** Rev Bras Enfermagem 2000; 53:251-63.

PORTER, M. E; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde:** estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

RADATZ, M, Santos, JLG e Garlet, ER. **Trabalho em Equi**pe – Dificuldades e desafios na atenção à Saúde da Família. http://www.abennacional.org.br/2SITEn/Arquivos/N.126.pdf, 2008.

RABELO SE, PADILHA MJCS**. A qualidade de vida e cliente diabético**: um desafio para cliente e enfermeira. Texto Contexto Enfermagem 1999.

REGIS FILHO GI, LOPES MC, MICHELS G. **Democratização da administração em serviços de saúde pública do Taylorismo à gestão participativa**. Rev Ciência Saúde 1998, 17: 13-29.

RESSEL, L. B. **A cultura como mediadora da sexualidade da mulher rural.** Unpublished Master's thesis, Universidade Federal do Santa Maria. 1995

SCHWARTZ, Y. **O ensino como trabalho**. In: MACHADO, A. R. (org.). O ensino como trabalho: uma abordagem discursiva. Londrina: Eduel, 2004.

SILVA, T.T.R. **Saúde Coletiva e atividade física**: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física. Campinas: IPÊS. Editorial, 2007.

SILVA-JUNIOR JB. **As doenças transmissíveis no Brasil**: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil

2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SCHRAMM JM, OLIVEIRA AF, LEITE IC. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva 2004; 9: 897–908.

STARFIELD. B. **Primary care**: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A.L. SUS: **modelos assistenciais e vigilância da saúde. I**nforme Epidemiológico do SUS, VII(2): 7-28, 1998.

TELLES AL, ALVAREZ D**. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre o trabalho prescrito e normas antecedentes.** In: Figueiredo M, Athayde M, Brito JC, Alvarez D, organizadores. Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A; 2004; p. 63-90.

VIANNA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. **A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.

_____. Report on the global tobacco epidemics. Geneva, WHO, 2008.

_____. 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2008. http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD 2008.pdf (acesso em 7 de maio de 2010).

_____. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

ANEXO 1: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA- ARTIGOS E DOCUMENTOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DO ESTUDO.

1. CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.545-55, 2009.
2. AYRES. JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2004. 8(14):73-91.
3. CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 4a ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.
4. CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: Caderno de Saúde Pública. v. 23, n. 02, 2007.
5. BRASIL.Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2004.
6. ALMEIDA MCP & MISHIMA SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 5(9):150-153, 2001.
7. PÉRES D.S. SANTOS, M. S. ZANETTI M . L . FERRONATO. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. Rev Latino-am Enfermagem 2007
8. RABELO SE, PADILHA MJCS. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. Texto Contexto Enfermagem 1999.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004c.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
11. MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
12. BRASIL. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b.
13. FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev. Latinoam. Enfermagem, 13(2): 262-268, 2005.
14. LACERDA, A. Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. 2010. 204 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
15.MCSP (2006) Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Grupo Técnico para os Cuidados de Saúde Primários, [Internet] Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/C684F798[4B8D[4DA4[B110[4DE427CE162A/2822/linhas_acção.pdf (Acessado em: 12 de maio de 2013)
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
17. FRANCO, T.B, MAGALHÃES, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E, MAGALHÃES, H.M, RIMOLI, J, FRANCO, T.B, BUENO, W.S (Organizadores). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Ed. Hucitec, 2ª Ed; 2003.