

O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Eugênio Vilaça Mendes



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*



1902 - 2012



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Eugênio Vilaça Mendes

Brasília-DF

2012

© 2012 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1.ª edição – 2012 – Versão Web

Elaboração, distribuição e informações:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL
Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil
<http://www.paho.org/bra/apsredes>

Elaboração:

Eugênio Vilaça Mendes

Capa e Projeto Gráfico:

All Type Assessoria editorial Ltda.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

NOTA:

- O projeto gráfico, a editoração e a impressão dessa publicação foram financiados pelo Termo de Cooperação nº 60 firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde com interveniência do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass).

Ficha Catalográfica

Mendes, Eugênio Vilaça

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.
512 p.: il.

ISBN: 978-85-7967-078-7

1. Condições crônicas 2. Atenção à saúde 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

NLM: W 84

Unidade Técnica de Gestão do Conhecimento e Comunicação da OPAS/OMS – Representação do Brasil

À memória da Profª Barbara Starfield por sua luta pela melhoria da equidade em saúde no mundo e por sua inestimável contribuição ao fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil.

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais da Organização Pan-Americana da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS	15
APRESENTAÇÃO	17
PREFÁCIO	19
INTRODUÇÃO	21
AGRADECIMENTOS	29
CAPÍTULO 1 – A CRISE FUNDAMENTAL DO SUS	31
O conceito de condições crônicas	31
A situação de saúde no Brasil	34
A crise fundamental do SUS	38
CAPÍTULO 2 – A RESPOSTA SOCIAL A UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ACELERADA E DE TRIPLA CARGA DE DOENÇAS: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	47
O conceito de Redes de Atenção à Saúde	47
Os elementos constitutivos das RASs	49
A população	49
A estrutura operacional das RASs	50
Os modelos de atenção à saúde	52
O modelo de atenção às condições agudas	53
CAPÍTULO 3 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	55
Um pouco da história da APS e suas decodificações na prática social	55
As características da APS nas Redes de Atenção à Saúde	58
A APS: Por que sim? As evidências sobre a APS na literatura internacional	60
A APS: Por que não?	65
CAPÍTULO 4 – A APS NO BRASIL	71
A evolução histórica da APS na saúde pública brasileira	71
A consolidação do ciclo da atenção básica à saúde e as evidências sobre o PSF	74
Os problemas do PSF e o esgotamento do ciclo da Atenção Básica à Saúde	89
A questão ideológica	89
A baixa valorização política, econômica e social do PSF e uma institucionalização incipiente	90

A fragilidade institucional	90
A carência de infraestrutura adequada	91
A baixa densidade tecnológica	91
A fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico	92
A carência de equipes multiprofissionais	93
A fragilidade dos sistemas de informação clínica	94
Os problemas gerenciais	95
A fragilidade do controle social	97
Os problemas educacionais	97
Os problemas nas relações de trabalho	98
As fragilidades dos modelos de atenção à saúde	99
O subfinanciamento	99
Um oitavo ciclo de desenvolvimento da APS no Brasil: o ciclo da Atenção Primária à Saúde e a Consolidação da Estratégia da Saúde da Família	102
A dimensão política da ESF	104
A mudança ideológica: a ESF como coordenadora de RAS e organizadora do SUS	105
Um novo pacto federativo na ESF	106
O fortalecimento institucional da ESF	107
A expansão da ESF	108
A melhoria da infraestrutura das unidades da ESF	109
O adensamento tecnológico da ESF	111
O fortalecimento do sistema de apoio diagnóstico	112
A utilização de equipes multiprofissionais na ESF	118
A implantação de sistemas eletrônicos de informações clínicas	119
O fortalecimento gerencial das unidades da ESF	120
O fortalecimento do controle social na ESF	125
A superação dos problemas educacionais	125
A superação dos problemas nas relações de trabalho	128
A implantação de modelos de atenção à saúde para as condições agudas e para as condições crônicas	129
O financiamento adequado da ESF	132
 CAPÍTULO 5 – O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESF	 139
Introdução	139
O modelo de atenção crônica	139
O histórico do CCM	139
A descrição do CCM	140
A organização da atenção à saúde	141
O desenho do sistema de prestação de serviços	142
O suporte às decisões	143

O sistema de informação clínica	144
O autocuidado apoiado	144
Os recursos da comunidade	145
A avaliação do CCM	146
A aplicação do CCM	147
O CCM na prática	149
O modelo da pirâmide de riscos	154
Os modelos de base do MPR	154
A descrição do MPR	156
As evidências do MPR	160
A importância do MPR na atenção às condições crônicas	161
O modelo da determinação social da saúde	164
O modelo de atenção às condições crônicas (MACC)	168
Por que um modelo de atenção às condições crônicas para o SUS?	168
A descrição geral do MACC	169
Os âmbitos de operação do MACC	172

CAPÍTULO 6 – OS NÍVEIS 1 E 2 DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS: AS INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DE PREVENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 177

O nível 1 do MACC no cuidado das condições crônicas na ESF: as intervenções de promoção da saúde	177
O nível 2 do MACC no cuidado das condições crônicas na ESF: as intervenções de prevenção das condições de saúde relativas aos determinantes sociais da saúde proximais	180
Os fatores de risco proximais	180
A matriz da prevenção das condições de saúde relativas aos determinantes sociais proximais	181
A importância dos fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida na saúde	183
As intervenções sobre os fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida	185
A dieta inadequada	186
O excesso de peso	191
A inatividade física	192
O tabagismo	198
Uso excessivo de álcool	204
As abordagens para as mudanças de comportamento	208
O Modelo Transteórico de Mudança (MTT)	209
A Entrevista Motivacional (EM)	213
O Grupo Operativo (GO)	222
O processo de solução de problemas	229

CAPÍTULO 7 – OS NÍVEIS 3, 4 E 5 DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS. AS MUDANÇAS NA CLÍNICA E NA GESTÃO DA ESF	235
O espaço da clínica da APS e sua crise	235
As intervenções sobre os fatores de riscos individuais biopsicológicos.	238
Uma nova clínica na ESF: as mudanças na atenção à saúde	241
Da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa	243
A atenção às doenças e às enfermidades	243
A atenção colaborativa e centrada na pessoa	244
As evidências da atenção centrada na pessoa	253
A alfabetização sanitária	254
Da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família	257
O processo de territorialização	260
O cadastro familiar	261
A classificação de riscos familiares	262
As ferramentas de abordagem familiar	264
O genograma	264
O ciclo de vida das famílias	267
O F.I.R.O.	269
O P.R.A.C.T.I.C.E.	273
APGAR familiar	276
Os mapas de redes	278
O fortalecimento do autocuidado apoiado	279
Por que o autocuidado apoiado?	279
A metodologia dos 5 As.	285
A Avaliação	286
O Aconselhamento	286
O Acordo.	288
A Assistência.	291
O Acompanhamento	293
O papel das equipes da ESF no autocuidado apoiado	296
As evidências sobre o autocuidado apoiado.	299
O equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada	300
Da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional.	305
A introdução de novas formas de atenção profissional	318
A Atenção Compartilhada a Grupo (ACG)	319
A Atenção Contínua (AC).	328
O estabelecimento de novas formas de relação entre a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Ambulatorial Especializada	332

Os generalistas e os especialistas	333
Os modelos de relação entre a Estratégia da Saúde da Família e a Atenção Ambulatorial Especializada: construindo o modelo da coordenação do cuidado	342
Os modelos de organização da Atenção Ambulatorial Especializada: construindo o modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial em RAS	354
O equilíbrio entre a Atenção Presencial e a Atenção Não Presencial	362
O equilíbrio entre a Atenção Profissional e a Atenção por Leigos	364
Uma nova gestão na ESF: a gestão da clínica	367
As origens e o conceito de gestão da clínica	367
Os tipos de tecnologias da gestão da clínica	368
As diretrizes clínicas	369
O conceito	369
Os tipos de diretrizes clínicas	371
O processo de elaboração das diretrizes clínicas	371
A escolha da condição de saúde	372
A definição da equipe de elaboração	372
A análise situacional da condição de saúde na APS	374
A busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes	374
A definição dos conteúdos das diretrizes clínicas	375
A formalização das diretrizes clínicas	375
A avaliação das diretrizes clínicas	376
A validação das diretrizes clínicas	377
A publicação das diretrizes clínicas	377
A revisão das diretrizes clínicas	378
A implantação das diretrizes clínicas	379
As evidências em relação ao uso das diretrizes clínicas	380
A gestão da condição de saúde	382
O histórico	382
O conceito	382
As indicações da gestão da condição de saúde	384
O processo de desenvolvimento da gestão da condição de saúde	384
O plano de cuidado	385
A gestão dos riscos da atenção à saúde	386
As mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias	390
A programação da condição de saúde	397
A programação	397
Os contratos de gestão	400
O monitoramento e avaliação	403
As evidências sobre a gestão da condição de saúde	403
A gestão de caso	403
O conceito	403

Os objetivos da gestão de caso	405
O processo de desenvolvimento da gestão de caso.	406
A seleção do caso	406
A identificação do problema	407
A elaboração e a implementação do plano de cuidado.	408
O monitoramento do plano de cuidado	409
As evidências sobre a gestão de caso	409
A gestão de caso no Brasil.	410
CAPÍTULO 8 – A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	413
A mudança cultural	413
O projeto colaborativo	422
O modelo de melhoria.	423
O desenho do projeto de implantação do MACC na ESF	431
O <i>check list</i> do MACC na ESF.	435
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	441

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS, TABELAS E BOXES

FIGURAS

Figura 1:	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	48
Figura 2:	A estrutura operacional das redes de atenção à saúde	51
Figura 3:	Os atributos e as funções da APS nas redes de atenção à saúde	59
Figura 4:	O espaço saúde na Unidade de Saúde Alvorada da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	110
Figura 5:	A lógica do modelo de atenção às condições agudas	130
Figura 6:	O sistema Manchester de classificação de risco	131
Figura 7:	O Modelo de Atenção Crônica	141
Figura 8:	O espectro da atenção à saúde nas condições crônicas	155
Figura 9:	O modelo da pirâmide de riscos	156
Figura 10:	Concentração relativa de atenção profissional e autocuidado apoiado	158
Figura 11:	O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead	165
Figura 12:	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	169
Figura 13:	O modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas	173
Figura 14:	Os âmbitos do MACC	174
Figura 15:	A matriz da prevenção das condições de saúde	181
Figura 16:	A atenção à saúde segundo o Modelo de Atenção Crônica (CCM)	242
Figura 17:	Símbolos de genograma	266
Figura 18:	Tempo do cuidado profissional na vida de um portador de condição crônica	281
Figura 19:	A metodologia dos 5 As no autocuidado apoiado	294
Figura 20:	O Modelo da Coordenação do Cuidado	348
Figura 21:	As tecnologias de gestão da clínica	368
Figura 22:	A gestão da condição de saúde	384
Figura 23:	O Modelo de Melhoria	426
Figura 24:	Estrutura do projeto de desenvolvimento e implantação do MACC	434

QUADROS

Quadro 1:	O sentido das mudanças na implementação da reforma da atenção primária à saúde	136
Quadro 2:	Os estágios de mudança e os modos de motivar as mudanças	211
Quadro 3:	Diferenças nas abordagens do confronto da negação e da entrevista motivacional no alcoolismo	215
Quadro 4:	As principais características diferenciadoras da pessoa-paciente e da pessoa-agente na atenção às condições crônicas	248
Quadro 5:	Fatores de riscos e protetores comuns nas pessoas e nas famílias	263
Quadro 6:	O ciclo de vida das famílias	268
Quadro 7:	Questionário do APGAR familiar	277
Quadro 8:	Os paradigmas tradicional e colaborativo no autocuidado apoiado	285
Quadro 9:	Ações principais das equipes da ESF na metodologia dos 5 As	295
Quadro 10:	Avaliação de processos-chave da APS	310
Quadro 11:	Distribuição da função e suas tarefas pela equipe da PSF	312
Quadro 12:	As características dos modelos de atenção ambulatorial especializada	356

GRÁFICOS

Gráfico 1:	Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030	34
Gráfico 2:	Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, por grupos de idade no Brasil, 2008	35
Gráfico 3:	Evolução da mortalidade proporcional segundo causas, Brasil, 1930 a 2009	36
Gráfico 4:	A lógica da atenção às condições agudas aplicada às condições crônicas	40
Gráfico 5:	A crise do SUS	44
Gráfico 6:	A crise do SUS no Distrito Federal	45
Gráfico 7:	Evolução dos recursos investidos pelo Ministério da Saúde na média e alta complexidades e nos PAB fixo e variável, Brasil período 1998 a 2009	100
Gráfico 8:	Relações entre o espectro de anormalidade e os benefícios do tratamento na hipertensão arterial	239

TABELAS

Tabela 1:	Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAls), Brasil, 1998	37
Tabela 2:	Custo em libras dos atendimentos em diferentes pontos de atenção à saúde no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido	67
Tabela 3:	Escore médio dos atributos e dos escores essenciais, derivados e geral de atenção primária à saúde na avaliação dos profissionais, médicos e enfermeiros, das unidades tradicionais e do PSF do município de Curitiba em 2008	80
Tabela 4:	Dez principais fatores de risco para mortalidade atribuível nos países do Grupo B da América Latina e Caribe	184

BOXES

Boxe 1:	O sistema de patologia clínica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	115
Boxe 2:	CCM no Health Disparities Collaboratives	152
Boxe 3:	A oficina de reeducação alimentar na APS na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	189
Boxe 4:	As Academias da Cidade em Belo Horizonte	197
Boxe 5:	A utilização da entrevista motivacional no autocuidado apoiado	220
Boxe 6:	O Grupo Operativo na Federação das UNIMEDs de Minas Gerais	228
Boxe 7:	O processo de solução do problema do Sr. João da Silva	233
Boxe 8:	O Programa Alfabetizando com Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	257
Boxe 9:	Protocolo de intervenções com base no F.I.R.O.	272
Boxe 10:	Curso para o autocuidado da artrite	284
Boxe 11:	Um diálogo clínico perguntar-informar-perguntar	287
Boxe 12:	O fechamento do laço num diálogo clínico	287
Boxe 13:	Um diálogo colaborativo na construção de um plano de autocuidado	289
Boxe 14:	Um exemplo de plano de autocuidado apoiado	291
Boxe 15:	A assistência após o plano de autocuidado	292
Boxe 16:	A saúde em casa, um guia de autocuidado para melhorar a saúde e para manter-se são	299
Boxe 17:	Questionário de autoavaliação da satisfação de um membro da equipe da ESF	311
Boxe 18:	O trabalho médico na Unidade Solidão	313
Boxe 19:	Uma sessão de atenção compartilhada a grupo na ESF	322
Boxe 20:	O cuidado compartilhado (CUCO) na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	324
Boxe 21:	A programação da AC numa unidade de APS do <i>Group Health</i>	331
Boxe 22:	O caso da Sra G.	342
Boxe 23:	O caso da Sra. H.	352
Boxe 24:	O Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte em Minas Gerais	361
Boxe 25:	O Programa Paciente Experto do Instituto Catalão de Saúde, na Espanha	366
Boxe 26:	O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PEP)	393
Boxe 27:	Parâmetros para a programação da atenção às pessoas idosas na ESF em Minas Gerais	398
Boxe 28:	O contrato de gestão por desempenho na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba: o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços (IDQ)	402
Boxe 29:	A seleção de pessoas idosas para a gestão de caso no Centro de Saúde Castlefields, em Rucorn, Reino Unido	407
Boxe 30:	A gestão de caso na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia	410
Boxe 31:	Indicadores de avaliação da implantação do MACC em relação à condição crônica de diabetes	421
Boxe 32:	Planilha do Modelo de Melhoria	428
Boxe 33:	Um exemplo de utilização de um ciclo de PDSA no Centro de Saúde Rocky Road	431

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada
ACIC: Assessment of Chronic Illness Care
ACS: Agente Comunitário de Saúde
ACT: Accelerating Change Today
AGREE: Appraisal of Guideline Research and Evaluation
AIS: Ações Integradas de Saúde
APS: Atenção Primária à Saúde
ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test
AVAI: Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade
AVE: Acidente Vascular Encefálico
CCM: Chronic Care Model
CEM: Centro de Especialidades Médicas
CHSAM: Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte
CICC: Modelo dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas
CID: Classificação Internacional das Doenças
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSAP: Condições Sensíveis à Atenção Primária
DAB: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSM: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
ESF: Estratégia de Saúde da Família
F.I.R.O.: Fundamental Interpersonal Relations Orientation
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDQ: Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
KP: Kaiser Permanente
FUNASA: Fundação Nacional de Saúde
MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MBE: Medicina Baseada em Evidência
MM: Modelo de Melhoria
MPR: Modelo da Pirâmide de Riscos
MS: Ministério da Saúde
MTT: Modelo Transteórico de Mudança
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS: Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido

NICE: Instituto Nacional de Excelência Clínica do Reino Unido
ONA: Organização Nacional de Acreditação
OMS: Organização Mundial da Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
PACIC: Patient Assessment of Chronic Illness Care
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM: Posto de Atenção Médica
PASA: Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial
PCATool: Primary Care Assessment Tool ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde
PDI: Plano Diretor de Investimentos
PDR: Plano Diretor de Regionalização
PEP: Programa de Educação Permanente de Médicos de Família
PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPI: Programação Pactuada e Integrada
PRO-HOSP: Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG
PSF: Programa de Saúde da Família
RAS: Rede de Atenção à Saúde
SBMFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SESMG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SESP: Serviço Especial de Saúde Pública
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SESP: Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
UPA: Unidade de Pronto-Atendimento

APRESENTAÇÃO

Este livro é mais uma obra do autor Eugênio Vilaça Mendes, abordando os desafios atuais da Atenção Primária à Saúde (APS) frente ao novo cenário de transição epidemiológica e demográfica. Trata-se de um tratado sobre APS no contexto das Redes de Atenção e a epidemia de doenças crônicas, que vem assolando os sistemas de saúde no mundo.

O livro – O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família – foi lançado no contexto do Laboratório de Inovações sobre atenção às condições crônicas desenvolvido pela OPAS/OMS Brasil e CONASS, como uma importante contribuição teórica e empírica, produzida pelo próprio coordenador do Laboratório, Eugênio Vilaça Mendes.

O autor é um estudioso e uma das maiores referências para os temas, Rede de Atenção e Atenção Primária, e agora para o tema das condições crônicas.

Ao longo dos oito capítulos abordados nesse livro é possível percorrer o processo histórico de desenvolvimento da APS no Brasil e no mundo, com evidências de que a APS foi uma decisão acertada tanto pela OMS como pelos países que a adotaram como prioridade para seus sistemas de saúde. Fala também da necessidade de reorganizar e integrar os serviços de saúde por meio das Redes de Atenção, recomenda estabelecer um novo ciclo para superar os desafios estruturais para a Estratégia Saúde da Família e, por fim, descreve o modelo de atenção às condições crônicas a ser desenvolvido no SUS, abordando tanto aspectos preventivos e de promoção da saúde quanto de gestão e gestão da clínica.

Para a OPAS no Brasil, é uma imensa satisfação contribuir para a publicação desse livro, como parte das ações de gestão do conhecimento e reforço às estratégias apoiadas pela OPAS/OMS como as Redes de Atenção à Saúde baseadas na APS e o modelo de atenção às condições crônicas. A intenção é que essa publicação possa proporcionar aos gestores e atores interessados conhecimentos e práticas inovadoras, com forte apoio das evidências e reflexões teóricas dos temas abordados nesse livro.

Jacobo Finkelman a.i.
Representante da OPAS/OMS no Brasil

PREFÁCIO

O SUS é um sistema de saúde em constante construção e, como tal, tem muitos desafios a serem enfrentados, seja de ordem financeira, operacional, estrutural ou de gestão. Há que se considerar que os ganhos obtidos em saúde não são permanentes nem cumulativos e é necessário protegê-los.

Quebrar o paradigma do atendimento ao episódio agudo, da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde com o envolvimento do cidadão e da sociedade, é, sem dúvida, um grande desafio. Um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que elas não adoçam e não apenas cuidar de doentes e de doenças.

As evidências demonstram que os sistemas de saúde que estruturam seus modelos com base em uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte e resolutiva, coordenadora do cuidado do usuário, têm resultados sanitários melhores.

As iniciativas do Conass para fortalecer a APS vêm se dando por meio de discussões com as Secretarias de Estado da Saúde, Ministério da Saúde e Conasems, com busca incessante de parcerias internas e externas, e com o projeto de Redes de Atenção à Saúde/Planificação da APS, em desenvolvimento em vários estados.

É necessário que o sistema de saúde brasileiro avance na perspectiva de realmente transformar a APS, adotando-a como uma estratégia de reorganização do SUS, notadamente através da Estratégia da Saúde da Família, sem, entretanto, negligenciar a APS denominada tradicional.

O livro *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família*, fruto da larga experiência prática do autor com o assunto e da parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), apresenta uma análise da situação de saúde brasileira, conceitua condições agudas e condições crônicas, bem como as redes de atenção à saúde. Traz um histórico da APS no mundo e no SUS, os resultados positivos do Programa Saúde da Família (PSF) e os problemas estruturais que o limitam, e detalha os modelos de atenção às condições crônicas.

Acreditamos que este livro é de leitura obrigatória para todos nós que lutamos por um sistema de saúde que cuida das pessoas e atenda a suas necessidades de saúde.

Beatriz Figueiredo Dobashi
Presidente do Conass

INTRODUÇÃO

O Brasil vive, nesse início de século, uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas.

Como os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, eles devem guardar uma coerência com a situação de saúde. A falta dessa coerência, nesse momento, determina a crise fundamental do SUS. Essa crise é fruto do descompasso entre a velocidade com que avançam os fatores contextuais (a transição demográfica, a transição epidemiológica e a inovação e incorporação tecnológica) e a lentidão com que se movem os fatores internos que representam a capacidade adaptativa do sistema de atenção à saúde a essas mudanças (cultura organizacional, arranjos organizativos, sistemas de pagamento e incentivos, estilos de liderança, organização dos recursos). Desse descompasso resulta uma situação de saúde do século XXI sendo respondida socialmente por um sistema de atenção à saúde forjado na metade do século XX quando predominavam as condições agudas.

O SUS é um sistema que se organiza de forma fragmentada e que responde às demandas sociais com ações reativas, episódicas e voltadas, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no Brasil.

A solução para 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

em redes de atenção à saúde se a atenção primária à saúde estiver capacitada a desempenhar adequadamente essas três funções. Só, assim, ela poderá coordenar as redes de atenção à saúde e constituir a estratégia de reordenamento do SUS.

Este livro parte desse suposto e está estruturado de modo a levar o leitor a compreender essa crise, a entender a proposta de redes de atenção à saúde, mas se destina, fundamentalmente, a examinar a questão da atenção primária à saúde no SUS. Busca alicerçar suas ideias em evidências científicas produzidas no exterior e no Brasil e provindas de uma ampla revisão bibliográfica.

Há enorme evidência – analisada no texto – que sustenta que os países com cuidados primários à saúde fortes têm sistemas que são mais efetivos, mais eficientes, de melhor qualidade e mais equitativos em relação aos países que têm cuidados primários frágeis. Não obstante essa evidência inquestionável há uma tendência, mais ou menos geral, de uma baixa valorização política, econômica e sanitária da atenção primária à saúde. As razões são várias, mas é certo que a atenção primária à saúde não é um espaço sanitário prioritário para os políticos, para os grandes prestadores de serviços, para o complexo industrial da saúde e, até mesmo, para a população. Isso mostra que a mudança necessária na atenção primária à saúde guarda, indiscutivelmente, um caráter de transformação política.

A atenção primária à saúde tem, no sistema público de saúde brasileiro, uma longa história que se iniciou nos anos 20 do século passado, percorreu vários ciclos até estruturar-se, no Governo Itamar Franco, no ciclo da atenção básica à saúde.

O ciclo vigente da atenção básica à saúde caracteriza-se pela emergência e consolidação do Programa de Saúde da Família (PSF). Já são mais de trinta mil equipes espalhadas por todo o território nacional que cobrem metade da população brasileira.

Não obstante, há de se reconhecer que existe uma percepção mais ou menos difusa de que o PSF se esgotou como forma de organizar a atenção primária à saúde no SUS. Os diagnósticos são variados, alguns deles mais radicais indicam o fracasso do PSF, bem como propostas de reformas diversificadas, muitas delas sugerindo uma flexibilização do PSF.

Este livro se detém em buscar as evidências sobre o PSF no SUS. Felizmente, um dos resultados do PSF foi estimular a produção acadêmica sobre a atenção primária à saúde que cresceu significativamente nos últimos anos. Uma revisão dos trabalhos sobre o PSF mostrou que essa política pública não fracassou; ao contrário, dentro dos limites em que ela operou, foi um grande sucesso. Vários trabalhos mostram

que o PSF é sempre superior à forma tradicional de organizar a atenção primária à saúde que, alguns, propõem como uma saída.

O PSF não fracassou, mas o ciclo da atenção básica à saúde no qual ele se constituiu esgotou-se. Esse esgotamento tem sua causa na permanência de problemas estruturais da atenção primária à saúde que não puderam ser superados. Esses problemas estão identificados e analisados no texto.

A atenção primária à saúde, para colocar-se como reordenadora do SUS e como coordenadora das redes de atenção à saúde, tem de passar por reformas profundas que permitam solucionar os problemas presentes. Isso, na prática, será feito pela transformação do PSF na estratégia da saúde da família (ESF). A mudança semântica já se incorporou ao discurso oficial, o que é importante, mas é preciso ir além, instituindo-se uma transformação de conteúdo, uma mudança paradigmática.

Avançar do PSF para a ESF convoca um novo ciclo, o da atenção primária à saúde. A atenção primária à saúde é um problema complexo. Como tal, exige respostas complexas, profundas e sistêmicas. Não há uma solução parcial para esse grande problema. Nessa perspectiva, o livro, a partir do diagnóstico dos problemas do PSF, propõe uma agenda ampla de reformas que levem à consolidação da ESF no SUS.

Essa agenda é coerente com as propostas de reforma da atenção primária à saúde, feitas por organismos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde que a colocam como direito humano fundamental. "Agora mais do que nunca", com base nos avanços inegáveis do PSF e nos seus limites, torna-se imperativa a consolidação da ESF no SUS.

A consolidação da ESF encontra na epidemia das condições crônicas um desafio enorme. O enfrentamento das condições crônicas vai exigir, como indicam as evidências internacionais, mudanças radicais na atenção primária à saúde. Este livro se dedica, especialmente, a discutir um novo modelo de atenção às condições crônicas. Para isso, acolhe parte da produção do autor, feita no livro sobre as redes de atenção à saúde, mas focalizando-a na atenção primária à saúde.

A partir de modelos internacionais, como o modelo da atenção crônica, o modelo da pirâmide de riscos e o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead, propõe o modelo de atenção às condições crônicas, adaptado às singularidades de um sistema público universal, o SUS.

Os três últimos capítulos do livro são dedicados a indicar, com detalhes, como seria uma ESF consolidada para operar um modelo de atenção às condições crônicas no âmbito da atenção primária à saúde.

Fica claro que a ESF é um espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições estabelecidas, no campo da clínica.

A consolidação da ESF passa por mudanças na forma de prestar a atenção à saúde e no modo de gerenciá-la que solicita a incorporação da gestão da clínica.

Essas mudanças que levarão à consolidação da ESF exigem uma ruptura ideológica com as representações da atenção primária seletiva e dos cuidados primários como um nível de atenção. É preciso romper com a ideia – que fez sentido em tempos heróicos –, de uma atenção primária à saúde pobre para regiões e pessoas pobres. A hora é agora. O Brasil contemporâneo que se inscreve como uma das maiores economias do mundo não pode se contentar com essas visões restritas porque é sempre bom lembrar o ensinamento de Beveridge: políticas públicas exclusivas para pobres, são políticas pobres.

A consolidação da ESF não será uma luta fácil, nem breve. Muito menos barata, porque exigirá mais recursos para a atenção primária à saúde. Os recursos públicos alocados ao SUS são muito baixos; eles não são suficientes para tornar esse sistema público de saúde um sistema universal e gratuito para todos os brasileiros. Mas havendo vontade política, os recursos atuais são suficientes para fazer uma revolução na atenção primária à saúde, com a consolidação da ESF. Se isso for feito, a situação de saúde de nossa população melhorará muito.

A agenda proposta é complexa, mas é viável porque a ESF não é um problema sem soluções; a ESF é uma solução com problemas.

O livro está estruturado em oito capítulos.

No Capítulo 1 apresenta-se o conceito de condição de saúde e estabelece-se a diferenciação entre condição aguda e crônica. Analisa-se a situação de saúde brasileira que se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças com predomínio relativo forte das condições crônicas. Caracteriza-se a crise fundamental dos sistemas de saúde do mundo e, também, do SUS, que consiste numa incoerência entre a situação de saúde e a resposta social do sistema de atenção à saúde. Uma situação de saúde do século XXI,

fortemente dominada pelas condições crônicas, sendo respondida socialmente por uma sistema desenvolvido no século XX, focado nas condições e nos eventos agudos.

O Capítulo 2 coloca as redes de atenção à saúde como a resposta dos sistemas de atenção à saúde aos desafios colocados pela situação de saúde brasileira. Conceitua redes de atenção à saúde e define seus elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional (atenção primária à saúde, pontos de atenção secundários e terciários, sistemas de apoio, sistema logísticos e sistema de governança) e os modelos de atenção à saúde. Faz uma breve incursão no modelo de atenção às condições agudas.

O Capítulo 3 faz um histórico da APS no mundo. Discute as três concepções de cuidados primários para mostrar os atributos e as funções que se exigem da APS como ordenadora dos sistemas de atenção à saúde e coordenadora das redes de atenção. Faz um extenso levantamento das evidências obtidas internacionalmente que mostram que os países que adotaram políticas fortes de APS obtiveram melhores resultados sanitários e econômicos do que aqueles que não o fizeram. Disseca as razões pelas quais a APS não é valorizada política e socialmente nos países e no Brasil.

O Capítulo 4 trata da APS no SUS. Mostra sua evolução histórica, desdobrada em sete ciclos, desde o início do século XX até seu ciclo atual da atenção básica. Caracteriza o ciclo da atenção básica como aquele em que se implantou e institucionalizou o Programa de Saúde da Família. Com base em evidências científicas atesta os grandes resultados que o PSF produziu no SUS, mas indica que o ciclo da atenção básica esgotou-se, não pelo fracasso do PSF, mas por não terem sido superados problemas estruturais que o limitaram. Disseca esses problemas e propõe uma saída para frente com a consolidação da ESF que inaugurará um oitavo ciclo evolutivo da APS no SUS, o ciclo da atenção primária à saúde. Para que se dê a consolidação da ESF, além do discurso oficial, propõe uma agenda ampla de reformas a serem realizadas nos próximos anos. Enfatiza que essa agenda deve ser implantada em sua amplitude porque problemas complexos como a ESF exigem soluções complexas e sistêmicas.

O Capítulo 5 discute os modelos de atenção às condições crônicas. Apresenta o modelo seminal, o modelo de atenção crônica, desenvolvido nos Estados Unidos e aplicado em muitos países do mundo e mostra as robustas evidências de que ele produz bons resultados sanitários e econômicos. Um segundo modelo mostrado é o modelo da pirâmide de riscos, desenvolvido pela Kaiser Permanente e utilizado em vários países e que constitui a base da estratificação dos riscos no manejo das condições crônicas. Um terceiro modelo considerado é o da determinação social de Dahlgren e Whitehead que é proposto para uso no Brasil. Com base nesses três modelos constrói-se o modelo de atenção às condições crônicas para aplicação na

singularidade de um sistema público universal como o SUS. O modelo de atenção às condições crônicas é descrito detalhadamente.

O Capítulo 6 trata dos níveis 1 e 2 do modelo de atenção às condições crônicas. Reconhece que as intervenções, nesses dois níveis, podem ser realizadas nos âmbitos macro, meso e microssociais, mas enfatiza, em função de ser um livro sobre APS, as ações que devem ser feitas na ESF. No nível 1 de promoção da saúde, as ações devem atingir o conjunto da população e ter como lugar o espaço local da área de abrangência de uma unidade da ESF. O modo de intervenção é o projeto intersetorial em que a ESF vai se articular com outros setores como educação, habitação, segurança alimentar, esportes, emprego e renda e outros. No nível 2 de prevenção das condições de saúde, as ações vão se destinar a diferentes subpopulações que apresentam fatores de risco proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Destacam-se cinco fatores proximais: a dieta inadequada, o excesso de peso, a inatividade física, o tabagismo e o uso excessivo de álcool. Para cada um desses fatores discute-se a sua importância na produção de condições de saúde e apresentam-se intervenções que mostraram ser efetivas e custo efetivas no seu manejo na ESF. Faz-se uma incursão sobre tecnologias que se mostraram úteis na mudança de comportamentos, como o modelo transteórico de mudança, a entrevista motivacional, o grupo operativo e a técnica de solução de problemas.

O Capítulo 7 aborda os níveis 3, 4 e 5 do modelo de atenção às condições crônicas que se estruturam para a atenção aos fatores individuais biopsicológicos e para as condições crônicas estabelecidas. Esse é o campo da clínica que apresenta uma grave crise determinada pela falência do sistema de atenção baseado na consulta médica de curta duração. No nível 3 são realizadas intervenções sobre os fatores de risco individuais biopsicológicos e sobre as condições crônicas de menor risco segundo o modelo da pirâmide de riscos; no nível 4 são feitas intervenções sobre as condições crônicas mais complexas; e no nível 5 são ofertadas intervenções sobre condições crônicas muito complexas. A superação da crise que se manifesta, na atenção primária à saúde, no microespaço da clínica exige mudanças profundas que se dão em duas dimensões: mudanças na forma de prestar a atenção à saúde e mudanças na gestão dos cuidados primários. Pode-se falar mesmo numa nova clínica e numa nova gestão na atenção primária à saúde. As mudanças na clínica são aprofundadas em nove dimensões principais: da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família; o fortalecimento do autocuidado apoiado; o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada; da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional; a introdução de novas formas de atenção profissional; o estabelecimento de novas formas de relação entre a ESF e a atenção ambulatorial especializada; o equilíbrio entre a atenção presencial e a aten-

ção não presencial; e o equilíbrio entre a atenção profissional e a atenção por leigos. As mudanças na gestão implicam a adoção rotineira de três tecnologias de gestão da clínica: as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde e a gestão de caso.

O Capítulo 8 diz respeito à implantação do modelo de atenção às condições crônicas na ESF. Sustenta que se trata de uma mudança cultural profunda e faz considerações sobre a gestão da mudança. Propõe que esse processo de mudança se faça por meio de estratégias educacionais e propõe, com base em evidências produzidas no campo da saúde, a utilização do projeto colaborativo em que diferentes unidades da ESF aprendem a aprender e trocam experiências sobre seus processos singulares. Como nem todas as mudanças representam melhorias faz-se uma discussão sobre o Modelo de Melhoria que parte de três questões fundamentais e implementa as reformas por meio de ciclos PDSA sequenciais. Finaliza apresentando um *check list* que cobre todas as dimensões propostas pelo modelo de atenção às condições crônicas para serem implantadas nas equipes da ESF.

AGRADECIMENTOS

O autor agradece:

Ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) pelo interesse em editar este trabalho, pela publicação de excelente qualidade e pela difusão do livro.

Aos membros do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba pelos diálogos constantes e profundos, desenvolvidos no Projeto Emu, que muito auxiliaram na produção deste livro: Eliane Veiga Chomatas, Secretária Municipal de Saúde, Raquel Ferraro Cubas, Coordenadora do Laboratório, Ademar Cezar Volpi, Ana Cristina Alegretti, Ana Maria Cavalcanti, Ângela Cristina de Oliveira, Anna Paula Lacerda Penteado, Antonio Dercy Silveira Filho, Camila Santos Franco, Cláudia Schneck de Jesus, Cristiane Honório Venetikides, Gerson Schwab, Karin Regina Luhm, Liliane Grochocki Becker, Nilza Teresinha Faoro, Simone Chagas Lima, Simone Tetu Moysés, Soriane Kieski Martins, Gustavo Pradi Adam e João Alberto Rodrigues. A estes dois últimos agradece pela revisão do texto nos temas do uso excessivo de álcool e do tabagismo. Um agradecimento especial a Cleide Aparecida de Oliveira, Supervisora do Distrito Sanitário Cajuru, e a Maria Cristina Arai, Autoridade Sanitária da Unidade da ESF Alvorada e toda sua equipe, pela ousadia em servir como unidade piloto do Laboratório.

Às pessoas que participaram, direta ou indiretamente, na elaboração dos boxes deste livro: Ana Maria Cavalcanti, Ana Luisa Schneider, Ailton Alves Júnior, Celeide Barcelos Araujo, Cláudia Schnek de Jesus, Cláudia Nogueira Souza, Eleusa Pereira Lima, Fábio Britto Carvalho, João Batista Silvério, Priscila Rabelo Lopes, Inês Marty, Maria Emi Shimazaki, Raquel Ferraro Cubas, Ruth Borges Dias, Tânia Ferreira Lima, Tomoko Ito e Wilmar de Oliveira Filho.

CAPÍTULO 1 – A CRISE FUNDAMENTAL DO SUS

O CONCEITO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que 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.

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento ⁽¹⁾.

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia, talhada na perspectiva da etiopatogenia, é largamente utilizada, em especial, pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, o objeto dos sistemas de atenção à saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Além disso, é uma tipologia que se assenta no conceito de doença e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde.

Por tudo isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados ao modelo de atenção crônica ^(2, 3) e, depois, acolhida pela Organização Mundial da Saúde ⁽⁴⁾: as condições agudas e as condições crônicas.

O recorte da tipologia de condições de saúde faz-se a partir da forma como os profissionais, as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde se organizam na atenção; se de forma reativa e episódica ou se de forma proativa e contínua. Isso é diferente da clássica tipologia de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis que se sustentam, principalmente, na etiopatogenia das doenças.

Ademais, condição de saúde vai além de doenças por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez, e os acompanhamentos dos ciclos de vida, como o acompanhamento das crianças (puericultura), o acompanhamento dos adolescentes (hebicultura) e o acompanhamento das pessoas idosas (senicultura) que não são doenças, mas são condições de saúde de responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde.

Essa tipologia está orientada, principalmente, por algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelos profissionais de saúde, pelo sistema de atenção à saúde e pelas pessoas usuárias, se episódica, reativa e feita com foco nas doenças e na queixa-conduta, ou se contínua, proativa e realizada com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias.

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente ^(2, 5).

As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite, ou de causas externas, como os traumas. As doenças infecciosas de curso longo, como tuberculose, hanseníase, HIV/Aids são consideradas condições crônicas.

Os ciclos de evolução das condições agudas e crônicas são muito diferentes.

As condições agudas, em geral, iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias. Existe, tanto para os médicos quanto para as pessoas usuárias, uma incerteza relativamente pequena. O ciclo típico de uma condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor. A atenção às condições agudas depende dos conhecimentos e das experiências profissionais, fundamentalmente dos médicos, para diagnosticar e prescrever o tratamento correto. Tome-se, como exemplo de condição aguda, uma apendicite. Ela começa rapidamente, com queixas de náusea e dor no abdômen. O diagnóstico, feito no exame médico, leva a uma cirurgia para remoção do apêndice. Segue-se um período de convalescença e, depois, em geral, a pessoa volta à vida normal com a saúde restabelecida.

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, são diferentes. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a condição crônica ⁽⁶⁾.

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas, como certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde. É o caso de certos problemas motores pós-traumáticos. Por outro lado, as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos discretos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas, o campo das redes de atenção às urgências e às emergências.

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (*illnesses*) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos.

Se, de um lado, as condições agudas manifestam-se inequivocamente por eventos agudos, percebidos subjetiva e/ou objetivamente, as condições crônicas podem apresentar, em determinados períodos de sua história, eventos agudos, também percebidos objetiva ou subjetivamente, muitas vezes causados pelo mau manejo dessas condições crônicas, especialmente na APS. Por exemplo, manifestações de emergências hipertensivas. Portanto, os eventos agudos são diferentes de condições agudas e é comum que ocorram, também, nas condições crônicas. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas, também, podem se manifestar, em momentos episódicos e de forma exuberante, sob a forma de eventos agudos.

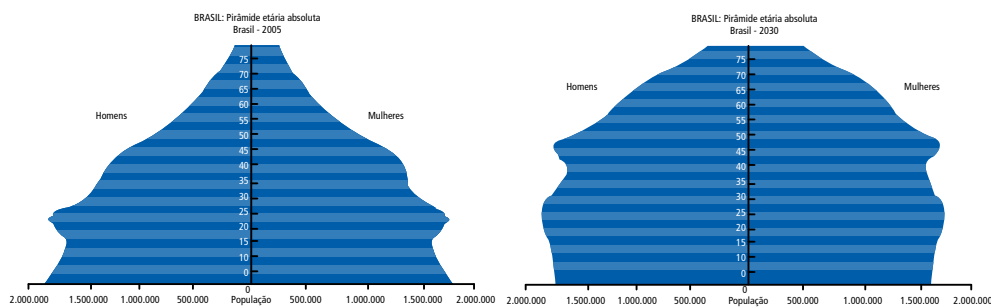
A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Por consequência, deve haver uma forte sintonia entre a situação de saúde da população e a forma como se estrutura o sistema de atenção à saúde para responder, socialmente, a essa situação singular.

A situação de saúde no Brasil se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças.

Como se observa no Gráfico 1, o efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade, em especial a mortalidade infantil, resulta numa transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, em 2005, irá ceder lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas.

Gráfico 1: Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030



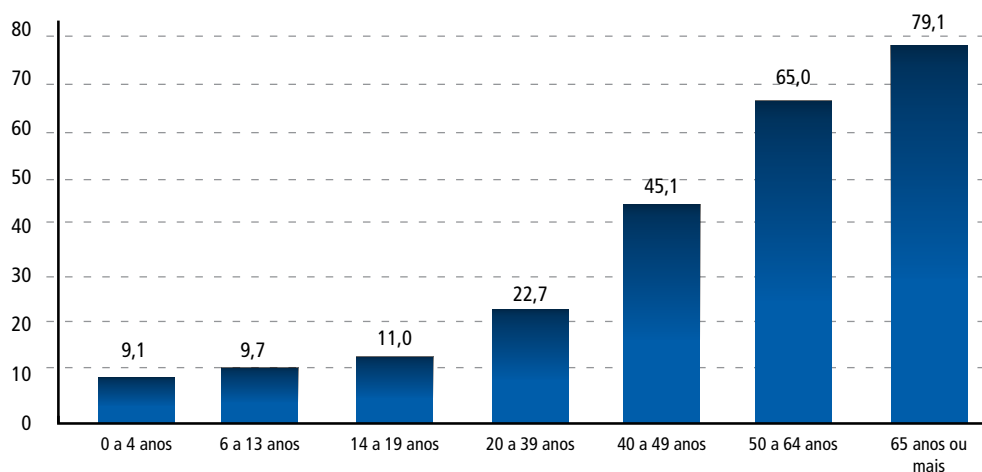
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁽⁷⁾

No Brasil, o percentual de jovens de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens ⁽⁸⁾.

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD 2008, demonstrou que na medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas. Ademais, 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, têm essas doenças crônicas e

5,9% dessa população total tem três ou mais dessas doenças crônicas. É o que se mostra no Gráfico 2.

Gráfico 2: Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, por grupos de idade no Brasil, 2008



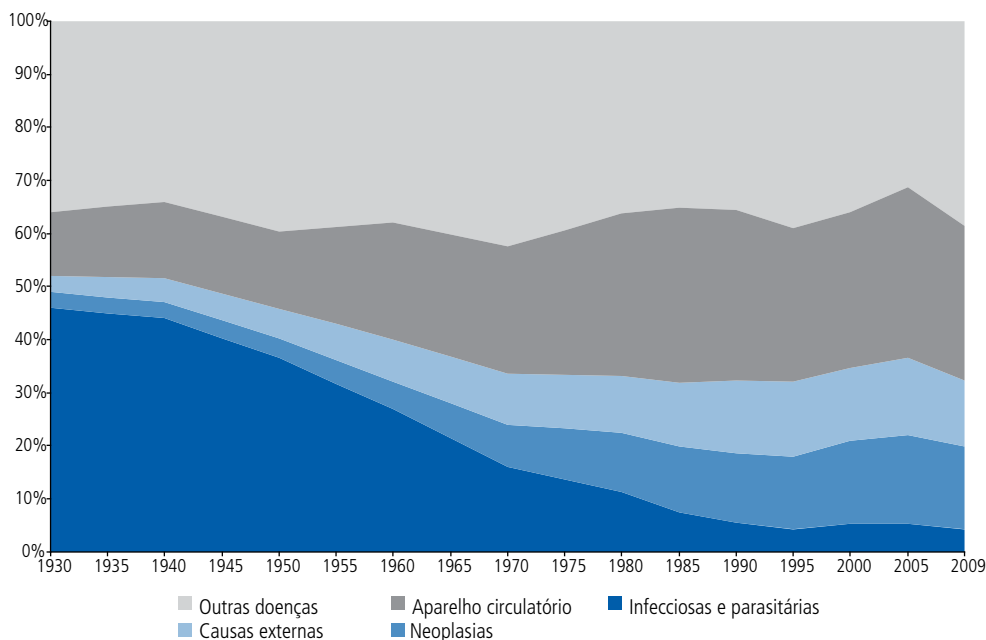
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁽⁹⁾.

A conclusão do exame da situação demográfica mostra que, prospectivamente, o perfil epidemiológico brasileiro será, cada vez mais, pressionado pelas doenças crônicas. Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos como relativos.

A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada em várias vertentes: a mortalidade, os fatores de riscos e a carga de doenças.

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade, como se vê no Gráfico 3, indica que, em 1930, nas capitais do país, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que esse valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2009, por quase 30% de todos os óbitos.

Gráfico 3: Evolução da mortalidade proporcional segundo causas, Brasil, 1930 a 2009



Fonte: Malta ⁽¹⁰⁾.

A predominância relativa das mortes por doenças crônicas manifesta-se em todas as regiões do País: 65,3% no Norte, 74,4% no Nordeste, 69,5% no Centro-Oeste, 75,6% no Sudeste e 78,5% no Sul.

Outra forma de analisar a situação epidemiológica é pela carga de doenças. A análise da carga de doenças no Brasil ⁽¹¹⁾, medida pelos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVALs), exposta na Tabela 1, mostra que o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais – que constituem condições crônicas –, representam 75% da carga global das doenças no país. Enquanto isso, as condições agudas, expressas nas doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição e causas externas, representam 25% da carga de doença. Mas deve-se observar, ainda, que uma parte significativa das doenças infecciosas, aquelas de longo curso, devem ser consideradas como condições crônicas, o que aumenta, além de dois terços, a presença relativa das condições crônicas na carga de doenças.

Esse predomínio relativo das condições crônicas tende a aumentar em função da produção social de condições crônicas, a partir de uma prevalência significativa

e, em geral, crescente, dos determinantes sociais da saúde proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como tabagismo, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool e outras drogas e outros ⁽¹²⁾.

Tabela 1: Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAls), Brasil, 1998

GRUPOS DE DOENÇAS	TAXA POR MIL HABITANTES	%
Infecciosas, parasitárias e desnutrição	34	14,7
Causas externas	19	10,2
Condições maternas e perinatais	21	8,8
Doenças crônicas	124	66,3
Total	232	100,0

Fonte: Schramm et al ⁽¹¹⁾

A situação epidemiológica brasileira traz consigo uma epidemia oculta, a das doenças crônicas. A taxa de mortalidade padronizada por idade por doenças crônicas no Brasil, em pessoas de 30 anos ou mais, é de 600 mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido ⁽¹³⁾. Como consequência, estima-se que morram, a cada dia, no Brasil, mais de 450 pessoas, somente em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos.

Concluindo, pode-se afirmar que, a partir das informações analisadas, o Brasil apresenta um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas.

A situação epidemiológica brasileira é muito singular e define-se por alguns atributos fundamentais ⁽¹⁴⁾: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contratransições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas; as doenças reemergentes como a dengue e febre amarela; a transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças, as doenças emergentes. Essa complexa situação tem sido definida como tripla carga de doenças ⁽¹⁵⁾, porque envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo,

sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada e outros; e o forte crescimento das causas externas.

A CRISE FUNDAMENTAL DO SUS

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente. Não é o que está ocorrendo nos sistemas de atenção à saúde em todo o mundo.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde, voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no SUS.

Há uma relação muito estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, vez que, ambas, constituem a transição da saúde ⁽¹¹⁾. A transição das condições de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde ⁽¹⁶⁾. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, nesse momento, em escala global, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação de saúde de transição demográfica completa ou acelerada e uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais contundente e nos países em desenvolvimento pela situação de dupla ou tripla carga das doenças –, e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas. Essa crise tem sido caracterizada pelos propositores do modelo de atenção crônica como resultado da "*ditadura das condições agudas*" ⁽¹⁷⁾.

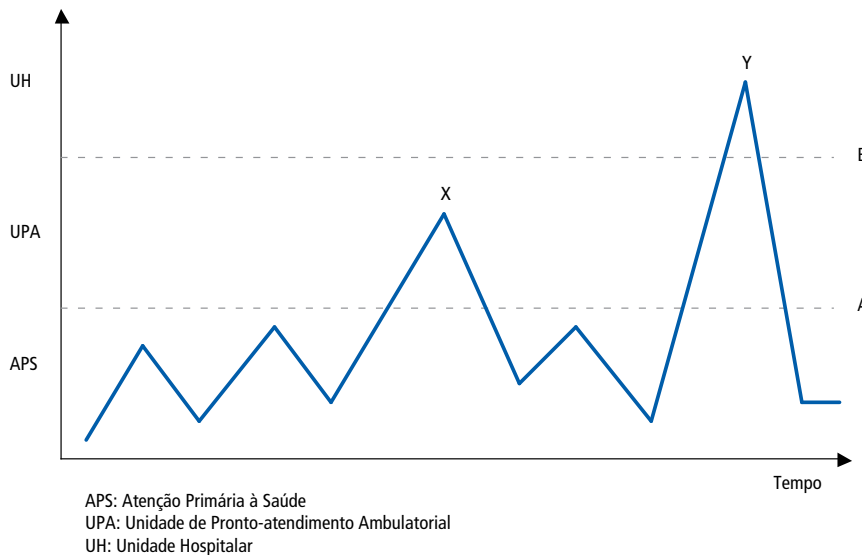
Essa crise medular dos sistemas de atenção à saúde é determinada por fatores históricos, técnicos e culturais.

Do ponto de vista histórico, Ham fez uma análise dos sistemas de atenção à saúde, mostrando que, até a primeira metade do século XX, eles se voltaram para as doenças infecciosas e, na segunda metade daquele século, para as condições agudas. E afirma que nesse início de século XXI, os sistemas de atenção à saúde devem ser reformados profundamente para dar conta da atenção às condições crônicas. As razões estão resumidas numa citação que faz: "*O paradigma predominante da doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como uma ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção à condição aguda é o que enfrenta diretamente a ameaça. Mas a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevaletentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas*" ⁽¹⁸⁾.

Na mesma linha, a Organização Mundial da Saúde afirma que, historicamente, os problemas agudos, como certas doenças infecciosas e os traumas, constituíram a principal preocupação dos sistemas de atenção à saúde. Os avanços da ciência biomédica e da saúde pública, verificados especialmente no século passado, permitiram reduzir o impacto de inúmeras doenças infecciosas. Por outro lado, houve um aumento relativo das doenças crônicas. E adverte: "*Pelo fato de os atuais sistemas de saúde terem sido desenvolvidos para tratar dos problemas agudos e das necessidades prementes dos pacientes, eles foram desenhados para funcionar em situações de pressão. Por exemplo, a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura são características do tratamento dispensado atualmente. Além disso, essas funções se ajustam às necessidades de pacientes que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos. No entanto, observa-se uma grande disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para pacientes com problemas crônicos. O tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, é diferente do tratamento dispensado a problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. De fato, os sistemas de saúde não evoluíram, de forma perceptível, mais além do enfoque usado para tratar e diagnosticar doenças agudas. O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo predominante. O tratamento agudo será sempre necessário, pois até mesmo as condições crônicas apresentam episódios agudos; contudo, os sistemas de saúde devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo*" ⁽⁴⁾.

A razão técnica para a crise dos sistemas de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas – normalmente autopercebidos pelas pessoas –, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial (UPA) ou hospitalar. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos das condições crônicas quando elas, insidiosa e silenciosamente, evoluem. É o que se vê no Gráfico 4.

Gráfico 4: A lógica da atenção às condições agudas aplicada às condições crônicas



Fonte: Adaptado de Edwards, Hensher e Werneke ⁽¹⁹⁾

Esse gráfico mostra o curso hipotético da severidade de uma doença, em uma pessoa portadora de uma condição crônica. A região inferior, da base do gráfico até a linha A, representa, num determinado tempo, o grau de severidade da condição crônica que pode ser gerido rotineiramente pelas equipes de APS; o espaço entre a linha A e B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da condição crônica que pode ser respondido por uma unidade de pronto-atendimento ambulatorial (UPA); e, finalmente, o espaço superior à linha B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da condição crônica que necessita de pronto-atendimento numa unidade hospitalar (UH). Suponha-se que se represente a atenção a um portador de diabetes do tipo 2. Pela lógica da atenção às condições agudas, essa pessoa quando se sente mal, ou quando agudiza sua doença, busca o sistema e é atendida, na UPA (ponto X); num segundo momento, apresenta uma descompensação metabólica

e é internada numa unidade hospitalar (ponto Y). Contudo, nos intervalos entre esses momentos de agudização de sua condição crônica não recebe uma atenção contínua, proativa e integral, sob a coordenação da equipe da APS. 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. O portador de diabetes caminhará, com o passar dos anos, inexoravelmente, para uma retinopatia, para uma nefropatia, para a amputação de membros inferiores, etc. A razão disso é que esse sistema só atua sobre as condições de saúde já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, auto-percebidas pelos portadores, desconhecendo os determinantes sociais intermediários, os fatores de riscos biopsicológicos ou ligados aos comportamentos e aos estilos de vida e o gerenciamento da condição de saúde estabelecida, com base numa APS de qualidade. Essa forma de atenção voltada para as condições agudas, concentrada em unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, não permite intervir adequadamente nos portadores de diabetes para promover o controle glicêmico, reduzir o tabagismo, diminuir o sedentarismo, controlar o peso e a pressão arterial, promover o controle regular dos pés e ofertar exames oftalmológicos regulares. Sem esse monitoramento contínuo das intervenções sanitárias não há como controlar o diabetes e melhorar os resultados sanitários e econômicos dessas subpopulações portadoras de diabetes.

Por fim, a razão cultural para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde está nas concepções vigentes sobre as condições crônicas e sobre as formas de enfrentá-las, o que leva ao seu negligenciamento. A Organização Mundial da Saúde sintetiza em dez enganos generalizados as ideias equivocadas ou os mitos de que as doenças crônicas são uma ameaça distante ou menos importante que as condições agudas ⁽¹³⁾.

A causa fundamental da crise dos sistemas de atenção à saúde reside na discrepância entre os seus fatores contextuais e internos. Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (transição demográfica, transição epidemiológica, avanços científicos e incorporação tecnológica) e os fatores internos (cultura organizacional, recursos, sistemas de pagamento e de incentivos, estrutura organizacional e estilos de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo muito mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de se adaptarem, em tempo, às mudanças contextuais. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas ⁽²⁰⁾. O resultado é que temos uma

situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX, denominado de sistema fragmentado, que se volta, principalmente, para as condições e os eventos agudos, a agenda hegemônica do século passado.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente presentes aqui e alhures, são aqueles que se (des)organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população ⁽²¹⁾. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a APS 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. Além disso, a atenção é fundamentalmente reativa e episódica e focada na doença.

Os resultados desses sistemas fragmentados na atenção às condições crônicas são dramáticos. Não obstante, são muito valorizados pelos políticos, pelos gestores, pelos profissionais de saúde e, especialmente, pela população que é sua grande vítima.

Tome-se o exemplo do diabetes. Nos Estados Unidos, em 2007, havia 23,6 milhões de pessoas portadoras de diabetes, 17,9 milhões com diagnóstico e 5,7 milhões sem diagnóstico, o que corresponde a 32% do total ⁽²²⁾. Outros estudos mostraram que 35% dos portadores de diabetes desenvolveram nefropatias, 58% doenças cardiovasculares e 30% a 70% neuropatias; os portadores de diabetes tiveram 5 vezes mais chances que os não portadores de diabetes de apresentarem um acidente vascular cerebral; 15% dos portadores de diabetes sofreram algum tipo de amputação de extremidade, o dobro do número encontrado em outros países desenvolvidos; havia 144.000 mortes prematuras de portadores de diabetes, uma perda de 1,5 milhões de anos de vida produtiva e uma incapacitação total de 951 mil pessoas; a produtividade anual era 7 mil dólares menor nos portadores de diabetes em relação aos não portadores de diabetes; um portador de diabetes tinha o dobro de possibilidade de aposentar-se precocemente que um não portador de diabetes; e um portador de diabetes custava, anualmente, ao sistema de atenção à saúde, 11.157 dólares comparado com 2.604 dólares para não portadores de diabetes ⁽²³⁾.

Os resultados do controle do diabetes também não são bons no Brasil. Um levantamento realizado pela Unifesp/Fiocruz, realizou exames de hemoglobina glicada em 6.671 portadores de diabetes, na faixa etária de 18 a 98 anos, de 22 centros clínicos localizados em dez cidades. Os resultados mostraram que apenas 10% dos 679 portadores do tipo 1 da doença estavam controlados e que somente 27% dos 5.692 pacientes com o tipo 2 da doença mantiveram os índices glicêmicos normalizados.

E 45% das pessoas com diabetes tinham sinais de retinopatia, 44% apresentaram neuropatia e 16% apresentavam alteração da função renal ⁽²⁴⁾.

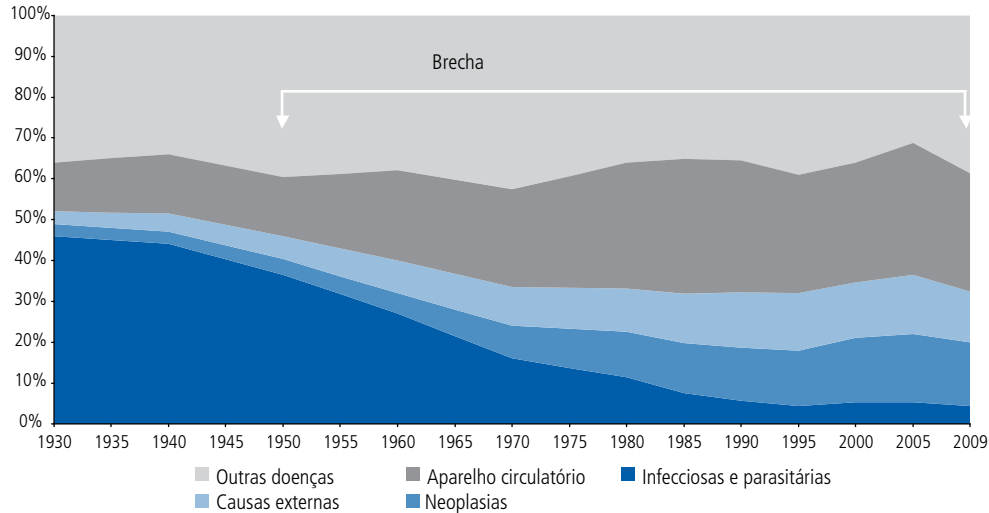
Não parecem ser melhores os resultados do sistema privado brasileiro de saúde suplementar. É o que se deduz de um caso-tipo do Sr. Sedentário, apresentado num livro editado por uma operadora privada de plano de saúde, como elemento consistente com a atenção prestada pela operadora. Esse senhor aos 40 anos era obeso e tinha história familiar de diabetes. Aos 50 anos, teve diagnóstico de diabetes tipo 2, com níveis glicêmicos não controlados. Aos 60 anos, apresentou insuficiência coronariana e fez uma cirurgia de revascularização do miocárdio. Não fez reabilitação cardiovascular e manteve um acompanhamento irregular e os hábitos de vida inadequados. Aos 65 anos, apresentou insuficiência renal crônica, com indicação de hemodiálise, um diagnóstico tardio, feito em hospital. Aos 70 anos, teve uma úlcera no pé que evoluiu para amputação do membro. Aos 75 anos, sofreu um acidente vascular encefálico extenso e ficou hemiplégico e afásico, o que levou a internações hospitalares frequentes. Pouco depois, foi internado no Centro de Terapia Intensiva e faleceu ⁽²⁵⁾.

O interessante nos três casos relatados é que os resultados do controle do diabetes são insatisfatórios nos sistemas de atenção à saúde brasileiro, setores público e privado, e no sistema praticado nos Estados Unidos, independentemente do volume de recursos aplicados por esses sistemas: em torno de US\$ 252,00 *per capita*/ano no SUS, 3 vezes mais no sistema de saúde suplementar brasileiro e US\$ 7.285,00 no sistema americano, em valores de 2007 ⁽²⁶⁾. Essa comparação reitera as evidências produzidas em vários países de que não há associação entre volume de recursos investidos em saúde e resultados sanitários; a relação que existe é entre mais recursos e mais procedimentos, mas mais procedimentos não significam necessariamente mais saúde. Estima-se que metade dos procedimentos de saúde realizados nos Estados Unidos são resultados da orientação de médicos e fornecedores e não das necessidades de saúde da população, uma típica indução da demanda pela oferta, estimulada pelo pagamento por procedimentos ^(27, 28). O que importa é o valor gerado para as pessoas pelo dinheiro investido e, isso, depende fundamentalmente do modelo de atenção à saúde que se pratica ^(29, 30). Investir mais recursos, fazendo mais do mesmo, não resolve a crise dos sistemas de atenção à saúde; é preciso mudar radicalmente a lógica de operação desses sistemas como enfatiza o Instituto de Medicina no seu livro sobre a transposição do abismo da qualidade nos Estados Unidos ⁽³¹⁾.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde manifesta-se, inequivocamente, no SUS. A razão é que uma situação de saúde de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças, com predomínio relativo forte de condições crônicas, tem tido uma resposta social inadequada efetivada por meio de um sistema

de atenção à saúde fragmentado, voltado para as condições agudas, reativo, episódico, focado na doença e sem uma participação protagônica das pessoas usuárias no cuidado com sua saúde. É o que se observa no Gráfico 5.

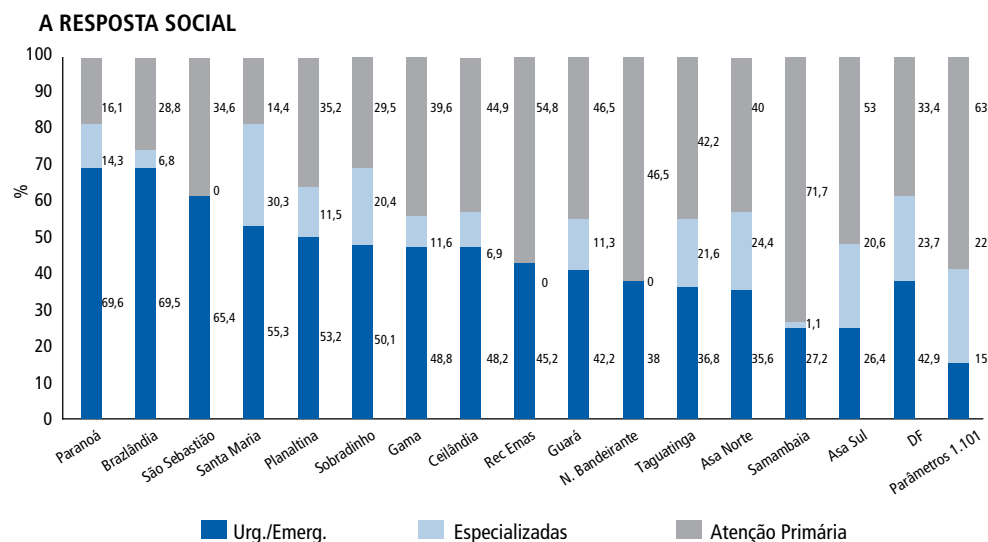
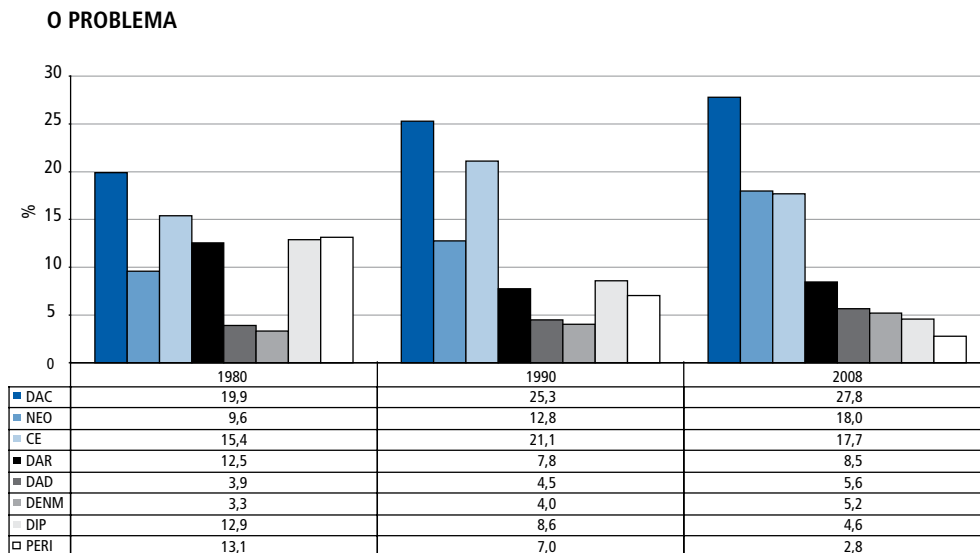
Gráfico 5: A crise do SUS



Fonte: Malta ⁽¹⁰⁾; Mendes (21)

O fundo do Gráfico 5 mostra a evolução da mortalidade proporcional por grupos de doenças no período de 1930 a 2009, já revelada no Gráfico 3. O que se constata é um crescimento relativo muito rápido das mortes por doenças do aparelho circulatório, por neoplasias e por causas externas, ao mesmo tempo em que se dá uma grande diminuição das mortes por doenças infecciosas e parasitárias. O que ocorre é uma brecha entre uma situação de saúde do início do século XXI (tripla carga de doenças com predominância forte de condições crônicas) e uma resposta social fragmentada, episódica, reativa e voltada para condições e eventos agudos, que continua atrelada a uma situação de saúde do século XX quando predominavam, na primeira metade daquele século, as mortes por doenças infecciosas e parasitárias e, na segunda metade, quando começam a aumentar as causas externas e as doenças crônicas, estas com enfrentamento em seus momentos de agudização por equipamentos de urgência e emergência ambulatorial e hospitalar. Um bom exemplo regional dessa crise do SUS é o caso do Distrito Federal, mostrado no Gráfico 6.

Gráfico 6: A crise do SUS no Distrito Federal



Fonte: Nunes et al. (32)

A parte superior do Gráfico 6 mostra, no período 1980 a 2008, uma evolução muito forte e rápida das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias e uma queda vertiginosa das doenças infecciosas e parasitárias, configurando um quadro

de tripla carga de doenças, com predomínio de condições crônicas. Na parte inferior do Gráfico 6, verifica-se que a resposta social do SUS a essa situação epidemiológica, tomando-se a demanda por consultas médicas, está fortemente concentrada nas consultas de urgência e emergência que respondem por 42,9% do total; apenas 33,4% das consultas são ofertadas na APS. Esses dados estão em desacordo com o parâmetro do Ministério da Saúde contido na Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002 – um parâmetro conservador porque baseado na programação da oferta –, em que se propõe 63% das consultas na APS e 15% na urgência e emergência. Esse descompasso entre uma situação de saúde com forte predomínio de condições crônicas e uma organização do SUS como um sistema fragmentado, focado na doença, reativo e episódico e voltado para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas constitui a causa essencial da crise do sistema público no Distrito Federal, diagnosticada em 2010. O mesmo acontece, com visibilidades diferenciadas, em todos os estados da federação brasileira.

CAPÍTULO 2 – A RESPOSTA SOCIAL A UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ACELERADA E DE TRIPLA CARGA DE DOENÇAS: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente, constitui o problema fundamental do SUS e, para ser superado, envolve a implantação das redes de atenção à saúde (RASs).

As RASs são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população ⁽²¹⁾.

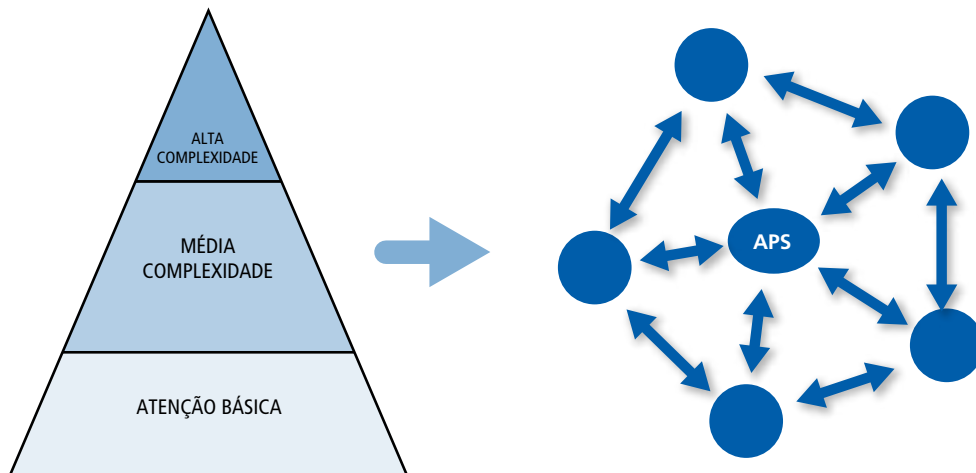
Dessa definição emergem os conteúdos básicos das RASs: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

Os objetivos das RASs são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde ⁽³³⁾.

Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas RASs não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a APS e os sistemas de apoio, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, a APS e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes das RASs são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam.

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades. Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Contudo, as RASs apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS. É o que se vê na Figura 1.

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes ⁽²¹⁾.

Somente a atuação de uma RAS pode gerar valor para a população adscrita. O valor da atenção à saúde expressa-se na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde.

Há evidências, obtidas em vários países, de que as RASs melhoram os resultados clínicos, sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde ^(33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44).

No Brasil, a concepção de RAS vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Na Portaria Ministerial, a RAS é definida "*como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*". No Decreto Presidencial explicita-se que "*a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde*" ⁽²⁴³⁾.

OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS RASS

As RASs constituem-se de três elementos fundamentais: uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

A POPULAÇÃO

O primeiro elemento das RASs, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RASs.

As RASs, nos sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada, podem prescindir dos territórios sanitários. Mas não há possibilidades das RASs, sejam privadas ou públicas, serem implantadas sem uma população adscrita. Assim, as RASs, nos sistemas públicos como o SUS, exigem a construção social de territórios/população.

A população de responsabilidade das RASs vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes.

Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

Na concepção de RASs cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora das RASs ou em gestão de base populacional se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habitam territórios de vida.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, ou gestão de base populacional, elemento essencial das RASs.

A gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências ⁽⁴⁵⁾.

As regiões de saúde poderão ser intraestaduais, interestaduais e internacionais e as RASs estarão compreendidas no âmbito de uma ou mais regiões de saúde.

A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS RASS

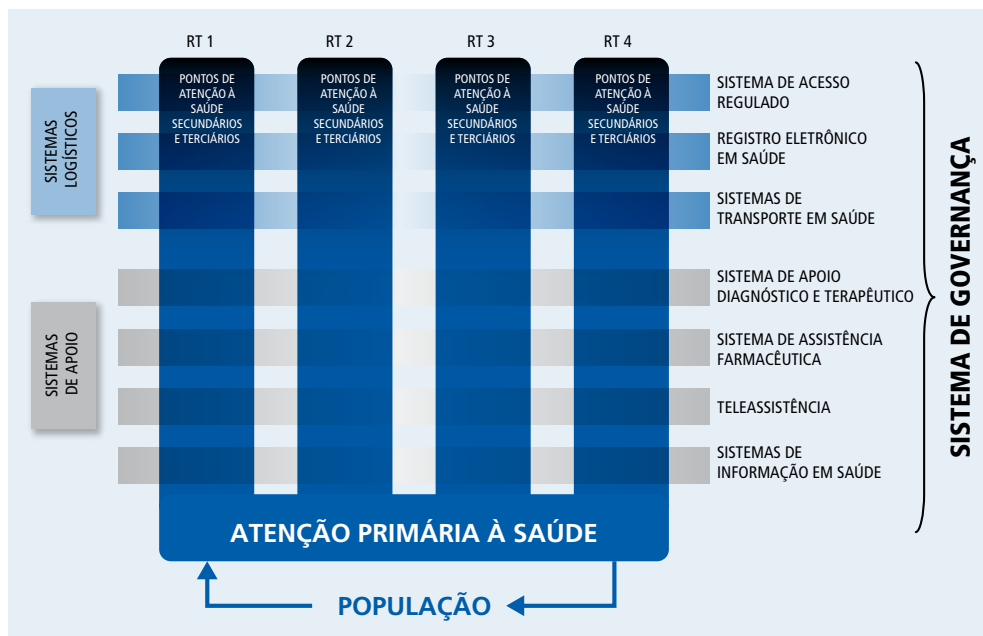
O segundo elemento constitutivo das RASs é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

Numa rede, conforme entende Castells ⁽⁴⁶⁾, o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os seus nós.

A estrutura operacional das RASs compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os

sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. É o que se observa na Figura 2.

Figura 2: A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



RT: Rede Temática 1,2,3...n

Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

A observação detalhada da Figura 2 mostra uma opção pela construção de redes temáticas de atenção à saúde, como as redes de atenção às mulheres e às crianças, as redes de atenção às doenças cardiovasculares, às doenças renais crônicas e ao diabetes, as redes de atenção às doenças respiratórias e outras. As RASs estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento. Só se gera valor para a população se se estruturam respostas sociais integradas, relativas a um ciclo completo de atenção. Como afirmam Porter e Teisberg ⁽¹⁾: "o valor na assistência à saúde é determinado considerando-se a condição de saúde do paciente durante todo

ciclo de atendimento, desde a monitoração e prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença".

Contudo, essa proposta de RASs temáticas nada tem a ver com a concepção dos programas verticais. Os programas verticais são aqueles sistemas de atenção à saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente, por meio de recursos especializados ⁽⁴⁷⁾. Por exemplo, um programa vertical de tuberculose pode ter um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose, um laboratório para exames de tuberculose, como ocorreu, no passado, na saúde pública brasileira. Ao contrário, os programas horizontais são aqueles que se estruturam para resolver vários problemas de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos e usando tecnologias e recursos compartilhados para atingir os seus objetivos ⁽⁴⁸⁾. Há estudos que mostram que os programas verticais parecem ter benefícios como a clareza dos objetivos, mas que isso só ocorre no curto prazo e, especialmente em situações de sistemas de atenção à saúde muito pouco desenvolvidos ⁽⁴⁹⁾. Os programas verticais, por outro lado, fragilizam os sistemas de atenção à saúde, desperdiçam recursos escassos e apresentam problemas de sustentabilidade ⁽⁵⁰⁾. Por isso, recentemente, vem se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável à superação da dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para os programas diagonais, onde se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com uma estrutura operacional que organize, transversalmente, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e a APS ^(15, 51). A forma mais adequada de se organizarem, diagonalmente, os sistemas de atenção à saúde, parece ser por meio das RASs.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas RASs manifesta-se, numa parte temática restrita, exclusivamente, nos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes das RASs, como se vê na Figura 2, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas.

OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O terceiro elemento constitutivo das RASs são os modelos de atenção à saúde.

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade ⁽²¹⁾.

Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção às condições agudas e às condições crônicas.

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS

O modelo de atenção às condições agudas presta-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e, também, aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas.

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema. Isso implica adotar um modelo de classificação de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das RASs, a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as várias experiências, mas têm em comum uma triagem de risco. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos. Os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, são: o modelo australiano (Australasian Triage Scale – ATS), o modelo pioneiro e que usa tempos de espera de acordo com gravidade; o modelo canadense (Canadian Triage Acuity Scale – CTAS) que é muito semelhante ao modelo australiano, mas é mais complexo; o modelo americano (Emergency Severity Index – ESI) que trabalha com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema Manchester de Classificação de risco que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores e que é usado em vários países da Europa⁽⁵²⁾.

A classificação de riscos é fundamental para organizar a rede de atenção às urgências e às emergências porque define, em função dos riscos, o local certo para a atenção e o tempo-resposta do sistema de atenção à saúde.

O sistema de classificação de risco de Manchester, ainda que desenvolvido para utilização em pontos de atenção secundários e terciários, especialmente hospitalares, tem sido aplicado na APS, em diferentes lugares, no SUS ⁽⁵²⁾.

Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos muito mais complexos, em que a variável-chave não é o tempo-resposta em função dos riscos. Eles serão considerados mais detalhadamente porque constituem o objeto desse trabalho.

CAPÍTULO 3 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

UM POUCO DA HISTÓRIA DA APS E SUAS DECODIFICAÇÕES NA PRÁTICA SOCIAL

Como se pode observar na Figura 2, a estrutura operacional das RASs tem sua base na APS. É muito importante entender que sem uma APS muito bem estruturada não se pode pensar em RASs efetivas, eficientes e de qualidade.

A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino ⁽⁵³⁾. Esse clássico documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e representa o texto fundante da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo. Esse documento constitui a proposta seminal das RASs coordenadas pela APS.

O Relatório Dawson surgiu uma década depois do Relatório Flexner que instituiu a medicina científica e que associava o desenvolvimento da atenção à saúde ao crescimento das especialidades médicas, praticadas com base em alguns elementos ideológicos como o mecanicismo, o biologismo, o individualismo e a ênfase no curativo ^(54, 55). Esse relatório teve grande impacto teórico e prático na medicina e, em seus elementos essenciais, vige até hoje.

Nesse período, do início dos anos vinte ao final dos anos setenta, deram-se vários movimentos que, direta ou indiretamente, levaram à APS. Um, muito importante, foi a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adoção de médico generalista ⁽⁵⁶⁾. Vários outros foram também relevantes, muitos deles ocorridos na década libertária dos anos sessenta: o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, o surgimento dos movimentos pacifistas e ecológicos, a saúde materno-infantil, os estudos de Framingham sobre os fatores de risco nas doenças cardiovasculares, a publicação pelo Cirurgião Geral dos Estados Unidos do estudo sobre saúde e tabaco, a aparição das organizações de manutenção da saúde

americanas, a proposta illichiana de desmedicalização dos cuidados de saúde, o surgimento de uma grande liderança na direção da Organização Mundial da Saúde, o Dr. Halfdan Mahler, e outros ⁽⁵⁷⁾. Tudo isso criou um clima propício, nos campos cultural e político, para a institucionalização da APS em escala planetária, o que veio a ocorrer na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, Unicef ⁽⁵⁸⁾.

Em Alma-Ata, consolida-se a grande ideia da APS, comparada, num notável de-
poimento de Sakellarides, às catedrais góticas; *"Quando finalmente, entendemos a
importância dos cuidados primários, procuramos construí-los à maneira das antigas
catedrais góticas dos velhos burgos medievais: desenhadas por poucos, construídas
por alguns, frequentadas obrigatoriamente por todos os demais"* ⁽⁵⁷⁾.

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como *"cuidados essenciais baseados
em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis
e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos
e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comuni-
dades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia
e autodeterminação"* ⁽⁵⁸⁾.

Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a
educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo
imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apro-
priado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais;
a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das
práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de
direito humano.

Em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde instou todos os países-membros a de-
finir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar
a meta de "Saúde para Todos no ano 2000". Entretanto, quando a Organização
Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas
em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte,
enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estavam longe de atingi-las.
Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação ⁽⁵⁹⁾.

As variações na interpretação da APS se explicam, ademais, pela mesma história
de como se gestou e evoluiu esse conceito e pela ambiguidade de algumas de suas
definições formais estabelecidas no foros internacionais, pelo uso diferenciado que
fazem do termo algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se

instituir uma concepção positiva de processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde.

Por isso, há três interpretações principais da APS ⁽⁶⁰⁾: a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Essas três decodificações dos cuidados primários são encontradas, em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país, no mesmo tempo.

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica ^(61, 62).

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que a orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível ⁽⁶³⁾. É uma interpretação muito comum em países desenvolvidos e, em geral, está relacionada com a oferta de médicos especializados em medicina geral ou de família ⁽⁶⁴⁾.

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. Por isso, há quem sugira que a APS deve ocupar o banco do motorista para dirigir o sistema de atenção à saúde ⁽⁶⁵⁾ e quem proponha RASs baseadas na APS ⁽⁶⁶⁾.

A Organização Pan-Americana da Saúde, fiel a essa interpretação mais abrangente e contemporânea, propõe uma renovação da APS pelas seguintes razões: há novos desafios epidemiológicos a enfrentar; é preciso corrigir as debilidades e as incoerências presentes nos enfoques mais limitados da APS; é necessário incorporar na prática cotidiana da APS novos conhecimentos e novos instrumentos para incrementar sua efetividade; é importante reconhecer o papel da APS em fortalecer a capacidade da sociedade para reduzir as desigualdades em saúde; é essencial entender que a APS constitui uma sólida prática para abordar e superar a falta de saúde e as desigualdades. Desse movimento renovador deverá emergir uma quarta interpretação

da APS como um enfoque de saúde e de direitos humanos que pressupõe que os cuidados primários superaram os aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento deveriam ser mais globais, dinâmicas e transparentes e deveriam ser apoiadas por compromissos legais e econômicos de modo a alcançar melhorias na equidade em saúde ⁽⁶⁴⁾.

Na primeira interpretação, está-se diante da APS como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; na segunda, como o primeiro nível de atenção do sistema de atenção à saúde; e na terceira, como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e como um direito humano fundamental.

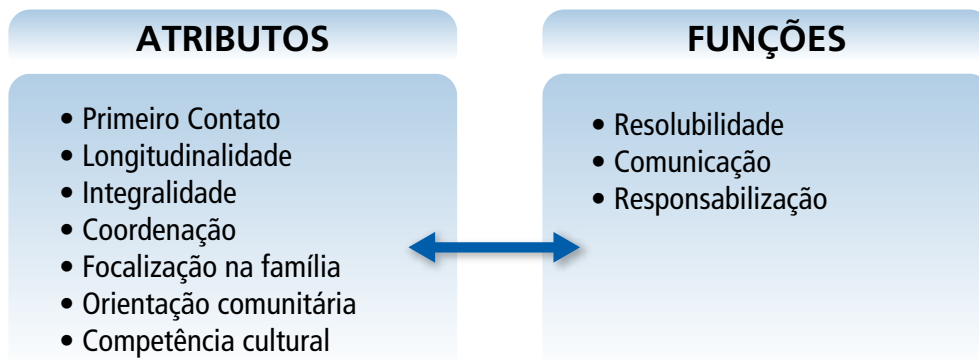
A decodificação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é a mais compatível com a proposta das RASs. São várias as razões: é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é abrangente podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público que o SUS apresenta; e é a interpretação que torna possível exercitar as funções da APS como coordenadora das RASs.

No SUS, ainda que o discurso oficial seja da APS como estratégia de saúde da família, ela, na realidade, ainda mistura elementos culturais, técnicos e operacionais das duas outras interpretações mais restritas: a APS seletiva e a APS como nível primário de atenção à saúde. A mudança semântica foi importante, mas, agora, trata-se de aprofundar a transformação para que alcance uma mudança de paradigma. A institucionalização da APS do SUS como estratégia de saúde da família (ESF) significará dois grandes movimentos de mudanças: a superação do ciclo da atenção básica à saúde pelo ciclo da atenção primária à saúde e a conseqüente superação do programa de saúde da família (PSF) pela consolidação da estratégia de saúde da família (ESF).

AS CARACTERÍSTICAS DA APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções consideradas na Figura 3.

Figura 3: Os atributos e as funções da APS nas redes de atenção à saúde



Fontes: Mendes ⁽⁶⁰⁾; Starfield ⁽⁶⁷⁾

Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiros quatro são os atributos essenciais e os três últimos os atributos derivados. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RASs. A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a

população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias ⁽⁶⁷⁾.

A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos, especialmente na atenção pré-natal, na puericultura, no cuidado domiciliar e na atenção à pessoa idosa.

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita ⁽⁶⁰⁾.

Quando se quiser verificar se há uma APS eficiente, efetiva e de qualidade, articulada numa RASs, há que se procurar verificar em que medida ela cumpre esses sete atributos e essas três funções. É o que procura fazer, em relação aos atributos, o instrumento de avaliação da APS, o *Primary Care Assessment Tool, PCATool* ^(68, 69).

A APS: POR QUE SIM? AS EVIDÊNCIAS SOBRE A APS NA LITERATURA INTERNACIONAL

Um estudo clássico associou a APS com resultados sanitários em 11 países desenvolvidos e permitiu verificar que os países com baixo escore para a APS obtinham resultados sanitários mais pobres, especialmente em relação aos indicadores da saúde infantil ⁽⁷⁰⁾.

Uma revisão da literatura mostrou que os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico que tinham uma APS mais forte foram capazes de reduzir os anos potenciais de vida perdidos em relação aos países que apresentaram uma APS mais frágil. Verificou-se, também, que maiores taxas de médicos de família por população estavam associadas com melhores resultados sanitários em relação às populações mais pobres. A oferta de médicos de APS apresentou um

maior impacto no baixo peso ao nascer e na mortalidade infantil, em áreas de alta desigualdade social. O estudo permitiu aos autores concluir que os benefícios da APS nos sistemas de atenção à saúde são: maior acesso aos serviços necessários; melhor qualidade do cuidado; maior foco na promoção da saúde e na prevenção das doenças; a gestão precoce dos problemas de saúde; a contribuição acumulada da APS a um cuidado mais apropriado; e o papel da APS na redução da atenção secundária desnecessária ou danosa propiciada por especialistas ⁽⁷¹⁾.

O *Health Council of the Netherlands* promoveu uma revisão sistemática sobre a APS. A conclusão do trabalho foi que há evidência de uma relação significativa entre uma APS forte e melhores níveis de saúde. Além disso, duas características que estão ligadas a uma APS potente, a porta de entrada e o pagamento por lista de pessoas usuárias adscritas a um médico generalista, estiveram associadas a menores gastos dos sistemas de saúde. Também, do ponto de vista da efetividade e da eficiência, o estudo mostrou a superioridade dos sistemas com APS forte ⁽⁷²⁾.

A *Health Evidence Network* fez uma revisão sistemática de 107 trabalhos internacionais sobre as vantagens e desvantagens de reestruturar os sistemas de saúde com base na APS. Interessante notar que os autores não acharam, na literatura, nenhum estudo que verificasse as vantagens de estruturar os sistemas de saúde com base na atenção especializada. As evidências mostraram que os sistemas baseados numa forte APS estiveram associados com melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, a todas as causas de mortes prematuras e a causas específicas de mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares. Além disso, os sistemas com forte APS estiveram associados com maior satisfação das pessoas usuárias e com menor gasto agregado na atenção à saúde. Os sistemas de atenção à saúde nos países de baixa renda com forte APS tenderam a ser mais equitativos e mais acessíveis. Estudos feitos nos países desenvolvidos mostraram que a orientação para especialistas está associada à iniquidade no acesso. No campo operacional, a maioria dos estudos que compararam serviços que deveriam ser providos, seja pela APS, seja pela atenção especializada, mostraram que a utilização dos cuidados primários reduziu custos, aumentou a satisfação das pessoas usuárias, sem determinar efeitos adversos na qualidade do cuidado ou nos resultados sanitários. A maioria dos estudos que analisaram a substituição dos serviços secundários por serviços primários mostraram que essa mudança foi mais custo/efetiva ⁽⁵⁰⁾.

A Organização Pan-Americana da Saúde, no final da década de 80, desenvolveu a estratégia de Sistemas Locais de Saúde que acabou por se tornar um importante programa de fortalecimento da APS ⁽⁷⁵⁾. Recentemente, essa organização sustentou seu documento de posição sobre a APS ⁽⁶⁴⁾ com uma revisão bibliográfica ampla em

que se destacam trabalhos avaliativos de vários autores, realizados em diferentes partes do mundo ^(73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93). Esses estudos internacionais mostraram que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para as pessoas usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Esses sistemas possibilitaram liberar recursos para atender às necessidades dos mais pobres; melhoraram a equidade porque foram menos custosos para os indivíduos e mais custo/efetivos para a sociedade; asseguraram maior eficiência dos serviços porque pouparam tempo nas consultas, reduziram o uso de exames laboratoriais e reduziram os gastos em saúde; liberaram recursos para atender às necessidades dos excluídos; empoderaram grupos vulneráveis; minimizaram os gastos diretos dos bolsos das famílias, mecanismos que geram iniquidades nos sistemas de atenção à saúde, ao instituírem a cobertura universal. Estudos sobre hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostraram que os sistemas baseados na APS que asseguraram acesso e primeiro contato, melhoraram os resultados sanitários, beneficiaram outros níveis do sistema e permitiram reduzir internações hospitalares, especialmente em anginas, infecções urinárias, doença pulmonar obstrutiva crônica e infecções da garganta, ouvido e nariz. Pessoas que tiveram uma fonte regular de APS durante sua vida ficaram mais satisfeitas com o sistema de atenção à saúde, apresentaram menos hospitalizações e utilizaram menos as unidades de emergência. Na região das Américas, as experiências da Costa Rica mostraram que as reformas baseada na APS melhoraram os resultados sanitários e a equidade; para cada 5 anos adicionais após essa reforma a mortalidade infantil foi reduzida em 13% e a mortalidade de adultos foi reduzida em 4%, independentemente de melhorias em outros determinantes da saúde. As evidências levantadas demonstraram que, para a APS beneficiar a população, os serviços deviam ter boa qualidade técnica.

A Organização Mundial da Saúde, em seu relatório sobre a saúde mundial de 2008, em que comemora 30 anos de Alma-Ata, lança uma convocatória para a renovação da APS com o lema "*Agora mais do que nunca*" ⁽⁹⁴⁾. O documento está sustentado por sólidas evidências, especialmente no que se refere aos princípios e aos atributos da APS. Em relação ao princípio do foco nas pessoas e na família, concluiu-se que sua observância produz resultados positivos: melhoria na integração das atenções promocionais e preventivas ⁽⁹⁵⁾; compreensão melhor dos aspectos psicológicos das pessoas ⁽⁹⁶⁾; aumento da confiança e da adesão ao tratamento ⁽⁹⁷⁾; melhoria da qualidade de vida das pessoas ⁽⁹⁸⁾; facilitação da comunicação entre profissional de saúde e pessoa usuária ⁽⁹⁹⁾; e aumento da confiança das pessoas usuárias em abordar problemas delicados ⁽¹⁰⁰⁾. Em relação à aplicação do atributo da integralidade verificou-se: melhoria dos resultados sanitários ^(67, 81, 101); maior esforço nos cuidados preventivos ⁽¹⁰²⁾; e menor internação por complicações evitáveis de doenças crôni-

cas⁽¹⁰³⁾. Em relação à aplicação do atributo da longitudinalidade verificou-se: menor mortalidade por todas as causas^(104, 105, 106); maior acesso à atenção^(107, 108); menor reinternação hospitalar⁽¹⁰⁹⁾; menor referência a especialistas⁽¹¹⁰⁾; menor utilização dos serviços de urgência e emergência⁽⁸⁶⁾; diminuição dos efeitos indesejáveis da atenção médica^(111, 112). Em relação à aplicação do atributo do primeiro contato verificou-se: maior satisfação pelos serviços recebidos^(79, 113, 114, 115); maior observância do tratamento e menor taxa de hospitalização^(79, 113, 114, 116); menor utilização de cuidados especializados e de serviços de urgência e emergência^(81, 117, 118, 119); maior eficiência no uso de recursos^(81, 108, 120, 121); melhor compreensão dos aspectos psicológicos das pessoas⁽⁹⁶⁾; maior utilização de ações preventivas pelos adolescentes⁽¹²²⁾; menor risco de sobretratamento⁽¹²³⁾. Em relação à aplicação do atributo da coordenação verificaram-se efeitos positivos sobre a saúde, a redução dos cuidados especializados e das internações hospitalares, a diminuição dos tempos de espera por serviços especializados, a redução do tempo de permanência hospitalar, o incremento das ações de autocuidado e a melhoria da qualidade da atenção hospitalar^(101, 118, 119). Além disso, o documento examina as evidências sobre a atenção à saúde realizada com base em generalistas e em especialistas. Os cuidados ambulatoriais primários: têm mais ou a mesma probabilidade que os cuidados especializados de identificar as doenças graves mais comuns^(124, 125); têm o mesmo nível de adesão a normas clínicas que os especialistas⁽¹²⁶⁾, embora sejam mais lentos em adotá-las^(127, 128); prescrevem menos intervenções invasivas^(129, 130, 131, 132); as hospitalizações de sua iniciativa são menos frequentes e mais curtas^(117, 122, 132); e as intervenções têm uma maior orientação para a prevenção^(122, 133). Tudo isso resulta em cuidados de saúde com custos totais mais baixos⁽⁸¹⁾, com impactos na saúde pelo menos idênticos^(129, 133, 134, 135, 136, 137); e com maior satisfação das pessoas^(115, 133, 138). Evidências providas de comparações entre países ricos mostram que quanto maior a proporção de profissionais generalistas trabalhando em ambientes ambulatoriais, mais baixos são os custos totais com a saúde e mais elevados os rankings de qualidade⁽¹³⁹⁾. Ao contrário, os países com maior dependência de especialistas hospitalares apresentam resultados em saúde populacional estáveis ou em deterioração, enquanto que a fragmentação dos cuidados que lhe está associada agrava a insatisfação das pessoas usuárias e contribui para um fosso crescente entre os serviços de saúde e os serviços sociais^(73, 139, 140). A informação sobre países de baixa e média renda é mais difícil de obter, mas há indicações de que os padrões observados são semelhantes⁽¹⁴¹⁾. Na Tailândia verificou-se que a APS, prestada por generalistas, é mais centrada nas pessoas, mais barata e menos tendente à medicalização excessiva⁽¹⁴²⁾.

Um documento de posição da Organização Mundial da Saúde sobre a reforma da APS na Europa⁽⁶⁵⁾ levanta muitas evidências sobre as possibilidades de apostar no reforço dos cuidados primários. Uma APS forte é capaz de: garantir a continuidade

da atenção ⁽¹⁴³⁾, prover serviços menos custosos ^(71, 144, 145) e mais efetivos e custo/efetivos ^(146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154).

Um livro centrado na proposta do modelo do *Medical Home* conclui que os sistemas de atenção à saúde baseados na APS estão associados com melhor qualidade da atenção e menores custos e que a APS é uma política de saúde baseada em evidência ⁽¹⁵⁵⁾. Uma pesquisa, feita na Califórnia, verificou que 94% dos entrevistados valorizavam o fato de ter um médico de atenção primária e a maioria preferia ter o contato inicial com o generalista que com o especialista ⁽¹⁵⁶⁾. A continuidade da atenção é mais provável de ocorrer quando o cuidado é prestado por generalistas que por especialistas ⁽⁶⁷⁾ e está associada a melhores resultados no controle do diabetes ⁽¹⁵⁷⁾, no controle da hipertensão ⁽¹⁰³⁾, na utilização de serviços de urgência e emergência ⁽¹⁰³⁾. Uma revisão de 40 estudos demonstrou que a continuidade da atenção esteve associada com melhores resultados clínicos, incluindo serviços preventivos, condições crônicas e cuidados materno-infantis ⁽¹⁵⁸⁾. Pessoas atendidas em sistemas com forte orientação para a APS apresentam uma probabilidade maior de receber os cuidados preventivos apropriados, de aderir aos tratamentos e de satisfazer-se com a atenção recebida ^(102, 113, 159, 160). Nos Estados Unidos, os estados com maior número de médicos de família apresentaram melhores taxas de mortalidade geral, de mortalidade por câncer e doenças cardiovasculares e mortalidade neonatal ⁽¹⁶¹⁾. Pessoas com uma fonte regular de APS apresentaram menores custos para o sistema de atenção à saúde em relação àquelas que não têm um ponto de primeiro contato regular ^(79, 162, 163). Dezenove de 20 estudos verificaram que a continuidade da atenção, que é mais provável de ocorrer quando o cuidado é provido por generalistas, está associada com redução das internações hospitalares e dos atendimentos de emergência ⁽¹⁵⁶⁾. Os custos da atenção à saúde foram mais caros em regiões com alto percentual de médicos especialistas em relação a médicos generalistas ⁽¹⁶⁴⁾. Países com uma maior proporção de seus médicos praticando a APS apresentaram menores gastos *per capita* em saúde do que países com maior proporção de médicos especialistas ⁽⁶⁷⁾. Nos Estados Unidos as áreas metropolitanas com maior número de especialistas apresentaram maiores gastos *per capita* em saúde sem ter uma atenção de maior qualidade ^(165, 166). Um estudo sobre o programa *Medicare* nos estados americanos constatou que a melhor qualidade da atenção à saúde estava associada significativamente com menores gastos *per capita* em saúde e que os estados com maior proporção de médicos especialistas *per capita* apresentaram menor qualidade e maiores gastos *per capita* em saúde ⁽¹⁴⁰⁾.

Uma revisão sistemática de 18 trabalhos sobre condições sensíveis à atenção primária (CSAP) evidenciou que a continuidade da atenção se associou a menores taxas, nos Estados Unidos e Canadá ⁽¹⁶⁷⁾. A continuidade da atenção, a equipe multidisciplinar e, em menor destaque, a população adscrita ao médico, mostraram-se

associadas em diferentes estudos à menor probabilidade de hospitalização por CSAP. A conclusão geral do trabalho foi de que os princípios fundamentais da atenção primária associaram-se a um menor risco de internar por CSAP.

Foi feita uma revisão sistemática ⁽¹⁶⁸⁾ com 85 estudos na Europa sobre estrutura (governança, condições econômicas e desenvolvimento da força de trabalho); sobre processos (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade); e sobre resultados (qualidade, eficiência e equidade). Concluiu-se que a APS pode ser definida e enfocada como um sistema multidimensional estruturado pela governança, pelas condições econômicas e pelo desenvolvimento da força de trabalho, facilitando o acesso a um amplo espectro de serviços de maneira coordenada e contínua, aplicando os recursos eficientemente para prover uma atenção de alta qualidade, contribuindo para uma distribuição mais equitativa da saúde na população. A APS como um sistema multidimensional contribuiu, significativamente, para a performance do sistema de atenção à saúde como um todo e para a melhoria da saúde.

As avaliações produzidas pelos numerosos estudos, realizadas em grande número de países e regiões, permitem concluir que há evidências robustas, na literatura internacional, sobre os resultados positivos da APS nos sistemas de atenção à saúde.

Com base nessa revisão, pode-se afirmar que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS em relação aos sistemas de baixa orientação para a APS, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar consequentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde.

A APS: POR QUE NÃO?

Mesmo diante das robustas evidências sobre as vantagens de sistemas de atenção à saúde baseados numa APS forte, sua valorização política, econômica e social é baixa, em todo o mundo.

Nos países desenvolvidos, com tradição em cuidados primários, há quem fale na crise da APS ⁽¹⁶⁹⁾. Na Europa levanta-se a questão da credibilidade que envolve a

habilidade da APS em obter ou manter o respeito necessário e o status para suportar o seu desenvolvimento nos sistemas de saúde ⁽¹⁷⁰⁾. Nos países em desenvolvimento, em que, em geral, a APS ainda não se institucionalizou, os problemas decorrem, principalmente, das fragilidades da concepção da atenção primária seletiva.

Nos países ricos, as dificuldades da APS, muitas vezes localizadas no modelo da medicina geral ou familiar, manifestam-se em várias dimensões: na insatisfação dos médicos ^(171, 172, 173), no modelo de ensino médico que está centrado na especialização ⁽¹⁷⁴⁾, no baixo salário dos médicos generalistas frente aos especialistas ⁽¹⁵⁵⁾, numa sensação de isolamento em função de um trabalho em pequenas clínicas ⁽¹⁵⁵⁾, no incremento das responsabilidades clínicas da APS ⁽¹⁷⁰⁾, numa percepção de que os cuidados propostos para a APS superam as possibilidades dos profissionais ⁽¹⁷⁵⁾, na insatisfação das pessoas usuárias dos serviços ⁽¹⁷⁶⁾, nas exigências do regime de trabalho ⁽¹⁷⁷⁾ e no menor salário pago aos médicos generalistas ou de família ⁽¹⁶¹⁾. Além disso, esse fenômeno se explica por uma enorme falha dos sistemas de atenção à saúde tradicionais que remuneram mal as consultas médicas intensivas em cognição que têm impacto forte na melhoria da saúde em relação aos procedimentos mais intensivos em tecnologias duras ⁽¹⁾.

As razões para a baixa valorização política, econômica e social da APS são várias.

Do ponto de vista econômico a APS utiliza tecnologias de menor densidade tecnológica, mais intensivas em cognição; tende a ser desvalorizada num sistema de pagamento por procedimentos que privilegia os de maior densidade tecnológica e que oferta mais serviços e não os serviços mais necessários à população; ao incorporar tecnologia de baixa intensidade apresenta pouco interesse para as indústrias farmacêuticas e de equipamentos biomédicos; e não é reconhecida pelos médicos de maior prestígio que são, em geral, os especialistas de renome.

A Tabela 2 mostra os valores relativos, no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, por procedimentos sanitários realizados em diferentes pontos de atenção à saúde, mostrando que o custo do atendimento na APS é dez vezes menor que no ambulatório especializado e 1.330 vezes menor que no hospital terciário.

Tabela 2: Custo em libras dos atendimentos em diferentes pontos de atenção à saúde no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido

PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	CUSTO MÉDIO DO ATENDIMENTO EM LIBRAS
Atenção Primária à Saúde	15,00
Call Center	16,00
Ambulatório Especializado	150,00
Hospital/Dia	1.000,00
Hospital Secundário	5.000,00
Hospital Terciário	20.000,00

Fonte: Rawaf ⁽¹⁷⁸⁾

Outra forma de expressar esses diferenciais de custos na valorização econômica da APS foi feita pelo CEO de uma importante operadora privada de planos de saúde dos Estados Unidos quando afirmou: *"Examine os números e observe os contrastes. Os pacientes poderiam pagar a um médico US\$ 100 por uma visita de prevenção à asma e mais US\$ 200 por seu inalador, vendido sob prescrição. Uma visita ao setor de emergência poderia gerar de US\$ 2.000 a US\$ 4.000 em receitas para o prestador, enquanto uma internação hospitalar poderia render US\$ 10.000 a US\$ 40.000 em receitas para a instituição. Se o pagamento incentiva o comportamento dos prestadores, onde, como sociedade, estamos colocando nosso dinheiro hoje? Não é na prevenção da asma, mesmo estando os Estados Unidos diante de uma epidemia de asma"* ⁽²⁷⁾.

Do ponto de vista ideológico, a lógica da APS confronta alguns princípios da medicina flexneriana que são largamente hegemônicos, como a visão negativa da saúde (saúde como ausência de doenças), o individualismo, o biologismo, o especialismo e a ênfase no curativo ⁽⁵⁵⁾. A medicina heróica, inerente a certos procedimentos de maior densidade tecnológica, não é o campo da APS, o que faz que sua ação cotidiana, ainda que agregue mais saúde à população, não frequente as manchetes da grande mídia e não seja notícia positiva sobre a saúde. A ideologia da medicina científica seduz a população que vê a APS como medicina de baixa qualidade e busca avidamente os cuidados dos especialistas. Não raro, a população refere-se à APS, no Brasil, de uma forma ambígua em que se combinam um pouco de simpatia e muito de preconceito, como o "postinho de saúde".

Esses fatores econômicos e ideológicos repercutem no plano político. Os políticos e os gestores preferem, na visão caolha da micropolítica de curto prazo, investir em

unidades de atenção especializada e em hospitais, de maior visibilidade política, o que subfinancia e fragiliza a APS. É mais negócio investir em hospitais que na APS, ainda que os hospitais, nem sempre, agreguem valor para a população. É o caso dos investimentos em hospitais de pequeno porte, no Brasil. Na última eleição presidencial o tema da APS foi tratado de forma periférica por todos os candidatos; o centro das discussões, sob a influência de marqueteiros estimulados pelas pesquisas qualitativas, esteve nos cuidados de urgência e nos cuidados especializados, a serem providos, às vezes, por meio da espetacularização das políticas públicas de saúde, especialmente nos centros urbanos médios e grandes. Como pano de fundo, uma tendência dos gestores a praticarem uma forma de gestão denominada de inércia ativa, uma pulsão incrementalista de fazer mais do mesmo, de forma espetacular, sem buscar alternativas que efetivamente provoquem mudanças e que sejam sustentadas por evidências científicas ⁽⁴⁴⁾

No que concerne à valorização pela população da APS no SUS há um posicionamento ambíguo. Uma pesquisa do IPEA, realizada por meio de uma amostra de 2.733 pessoas residentes em domicílios permanentes que haviam utilizado ou acompanhado alguém da família, procurou verificar três campos de percepção dessas pessoas: os tipos de serviços ofertados pelo SUS, a avaliação geral do SUS e a avaliação dos serviços ofertados por planos e seguros de saúde ⁽¹⁷⁹⁾. Dentre os serviços prestados pelo SUS, o atendimento domiciliar por membro da equipe de PSF foi aquele que obteve a maior proporção de opiniões positivas entre os entrevistados. No Brasil, 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da equipe de saúde da família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom. Apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento é ruim ou muito ruim. Esse resultado fala a favor do PSF que é o modelo que permite uma atenção ambulatorial de maior qualidade e uma relação mais íntima e de vinculação com a população, envolvendo presença regular nos domicílios. Os outros serviços que obtiveram percentuais menores foram: 69,6% para fornecimento de medicamentos, 60,6% para médicos especialistas, 48,1% para atenção às urgências e às emergências e 44,9% para atendimentos em centros ou postos de saúde. O atendimento em centros e/ou postos de saúde recebeu a menor proporção de qualificações como muito bom ou bom (44,9%) e a maior proporção de qualificações como ruim ou muito ruim (31,1%), dentre os serviços pesquisados. É nessas unidades de saúde que se prestam os cuidados primários. Interessante notar que os percentuais de serviços ruins ou muito ruins são maiores, em relação aos serviços dos centros e postos de saúde, na atenção às urgências e às emergências nas regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste. Ainda assim, se considerarem as avaliações de muito bom, bom e regular, os centros e postos de saúde atingem um percentual de 69%, algo distante das manchetes da mídia de um caos na APS do SUS. Os resultados comprovam que as piores avaliações do SUS são por pessoas que não utilizam seus serviços, sendo

de 27,6% nos usuários e de 34,3% nos não usuários. Em relação aos principais problemas do SUS os três principais foram: a falta de médicos, 58,1%; a demora para os atendimentos em centros, postos de saúde e hospitais, 35,4%; e a demora para conseguir uma consulta com especialista, 33,8%. Esses dados mostram que a população usuária do SUS tem uma visão de senso comum, a mesma da mídia – talvez forjada por ela –, de um sistema médico-cêntrico na APS e no sistema como um todo, o que reproduz uma visão ideológica hegemônica na sociedade. E que não encontra respaldo nas evidências científicas.

Cabe ressaltar que a desvalorização da APS apresenta-se, criticamente, no setor privado da saúde suplementar. Não obstante as robustas evidências científicas levantadas em todo mundo sobre a efetividade, a eficiência e a qualidade superiores dos sistemas de atenção à saúde baseados na APS, essa agenda sequer entrou, de forma significativa, nas discussões das operadoras privadas de planos de saúde. Essa é uma situação que revela a baixa valorização política, econômica e sanitária da APS pelo segmento de saúde suplementar.

Em conclusão, pode-se afirmar que o tema da APS é pouco palatável para os políticos, para os grupos de interesses de maior força presentes na arena sanitária, para o complexo industrial da saúde, para os médicos de maior prestígio, para a mídia, para o setor de saúde suplementar e para a própria população. Assim, o fortalecimento da APS passa por uma luta que não será nem breve nem fácil, nesses planos político, econômico e ideológico. O fator favorável é que o modelo vigente do sistema fragmentado, reativo, episódico, focado na doença e organizado com base no fortalecimento das unidades de atenção especializada, muitas vezes sustentado por meio de políticas de saúde-espetáculo, não tem sustentabilidade no longo prazo. Os sistemas de atenção à saúde que se organizam com uma APS frágil são como edifícios sem alicerces. No longo prazo, ruirão provocando resultados econômicos e sanitários desastrosos.

CAPÍTULO 4 – A APS NO BRASIL

A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA APS NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A APS tem uma larga história no sistema público de atenção à saúde de nosso país. Essa história pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento da APS ^(60, 180).

O primeiro ciclo surgiu, na segunda década do século XX, com os Centros de Saúde criados na USP. Provavelmente, esses centros sofreram a influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido. Eles tinham uma população adscrita, utilizavam como ação fundamental a educação sanitária, focalizavam na promoção da saúde e na prevenção das doenças e faziam um corte nítido entre o campo da saúde pública e o campo da atenção médica.

O segundo ciclo deu-se no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O SESP, criado como parte do esforço de guerra, num convênio entre o governo federal e a Fundação Rockefeller e inspirado no modelo sanitário americano, foi pioneiro na criação de unidades de APS que articulavam ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo das doenças infecciosas e carenciais e algumas ações verticais de saúde pública.

O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade.

O quarto ciclo, nos anos 70, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma-Ata em 1978. Esse ciclo começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979. Deu-se, então, uma forte expansão da

APS no país, por meio de um amplo programa de medicina simplificada; o número de unidades de APS que era de 1.122 em 1975 passou a 13.739 em 1984, um crescimento de 1.255% numa década.

O quinto ciclo deu-se no início dos anos 80, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS. As AISs expandiram a rede de APS, uma vez que suas ações passaram de 112 municípios em 1984 para 2.500 em 1987. As AISs institucionalizaram-se porque os recursos abundantes da Previdência Social eram transferidos, por convênios, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Mas havia uma diferença fundamental com o modelo do PIASS: a medicina simplificada já não era suficiente porque o convênio exigia que as unidades de APS prestassem atenção médica à clientela previdenciária, um grupo social integrado e com capacidade de vocalização política.

As AISs foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 e, em 1988, a nova Constituição Federal criou o SUS, adotando como uma de suas diretrizes, a descentralização. A instituição do SUS levou a um sexto ciclo que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios. A assunção pelos municípios das responsabilidades de APS gerou uma enorme expansão da APS no SUS.

Como o SUS tinha como princípio ordenador a integralidade da atenção, já não se podia continuar a ofertar uma APS como programa de atenção primária seletiva e exigia o fortalecimento desse nível de atenção à saúde. Tratava-se, então, de buscar um modelo de APS que desse conta de concretizar a integralidade das ações de saúde.

Paralelamente a esse processo de municipalização da APS, desenvolviam-se experiências de modelos de cuidados primários em várias partes do país: a medicina geral e comunitária em Porto Alegre, a ação programática em saúde da Faculdade de Medicina da USP, o médico de família da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói e o modelo de defesa da vida da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. A Medicina Geral e Comunitária desenvolveu-se em Porto Alegre, a partir de 1983, no Murialdo e, depois, no Grupo Hospitalar Conceição, impulsionada por residências médicas. Essa proposta, inspirada por movimentos semelhantes em países desenvolvidos em que se adota a medicina familiar, supõe uma prática médica voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidade aos quais se pretende prestar uma atenção integral, contínua e personalizada ⁽¹⁸¹⁾. A Ação Programática em Saúde surgiu no movimento de programação da saúde na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, nos anos 70, mas conformou-se, como proposta orgânica,

a partir da implantação da reforma sanitária. Seu lugar de origem é o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. A Ação Programática em Saúde pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde, fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca se inspirar em tecnologia de base epidemiológica e se estruturar na lógica dos programas de saúde ⁽¹⁸²⁾. O Programa do Médico de Família foi implantado em Niterói, em 1992, e constitui um modelo de nítida influência cubana. A APS é prestada por uma equipe composta por um médico generalista e por um auxiliar de enfermagem, responsáveis por aproximadamente 250 famílias. Essa equipe desenvolve atividades no ambulatório, na comunidade e acompanhamento em hospitais. A atenção é integral, o foco é na família e as ações de saúde têm orientação comunitária ⁽¹⁸³⁾. O modelo de Defesa da Vida foi desenvolvido no final dos anos 80, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Supõe uma descentralização da gestão dos serviços de saúde através de colegiados e organiza a APS por meio das funções de acolhimento, assistência à saúde e vigilância à saúde. O acolhimento é entendido como um vínculo capaz de instituir a responsabilização do profissional com as pessoas usuárias, na perspectiva de sua autonomia ⁽¹⁸⁴⁾.

Todas essas propostas foram importantes, algumas continuam vigentes, e representaram alternativas bem-sucedidas de proporcionar uma APS de qualidade à população e de concretizar os princípios do SUS. Além de constituírem espaços significativos de desenvolvimento científico e tecnológico. Não obstante, não se institucionalizaram como políticas públicas de corte nacional. Isso veio a ocorrer, no final de 1993, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), no Governo Itamar Franco.

A implantação do PSF significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira. Pela primeira vez, agregava-se à dimensão quantitativa da expansão da APS uma dimensão qualitativa. Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar.

O PSF sofreu influências internas dos modelos brasileiros de APS referidos e externas das diferentes propostas de APS, em especial dos modelos canadense, cubano e inglês. Contudo, suas origens mais significativas estão no Programa de Agentes de Saúde, instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, no primeiro governo de Tasso Jereissati, como parte de um programa de emergência para o combate à seca. Esse programa teve larga repercussão política pelos seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no estado, razão pela qual foi estendido a todo o País, pelo Ministério da Saúde, em 1991, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PACS, tomado isoladamente, constituiu uma proposta de atenção primária seletiva, incompatível com os princípios do SUS. Sua operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que deveria ser respondida com tecnologias de maior densidade. Percebendo isso, o município cearense de Quixadá, no governo Hilário Marques, desenvolveu uma experiência pioneira de APS que agregava aos agentes comunitários de saúde médicos e enfermeiros generalistas, formando uma equipe que trabalhava com populações adscritas territorialmente e organizadas em famílias. Esse modelo cearense serviu de base para que o Ministério da Saúde lançasse, no início de 1994, como política oficial da APS no País, o PSF.

A opção do Ministério da Saúde, ao institucionalizar o PSF como a política nacional de APS, foi adotá-lo como uma estratégia de organização do SUS. Estava superada, pelo menos no discurso oficial, a visão da APS como um programa de atenção primária seletiva ou de mero nível de cuidados primários. O que justifica o objetivo geral do PSF de *"contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população"* ⁽¹⁸⁵⁾.

Contudo, a mudança semântica não foi acompanhada por uma real transformação paradigmática que imprimisse o conteúdo de estratégia ao PSF.

O sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira, iniciado em 1994 e vigente até hoje, pode ser denominado de ciclo da atenção básica à saúde. Diversamente de outros países, o Brasil não adotou, oficialmente, a expressão atenção primária à saúde, mas atenção básica à saúde.

A CONSOLIDAÇÃO DO CICLO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E AS EVIDÊNCIAS SOBRE O PSF

O ciclo da atenção básica à saúde se caracteriza pela instituição e expansão da saúde da família, pela via do PSF. É certo que o PSF sempre conviveu com modelos alternativos, especialmente o modelo tradicional sem foco na família, nem sempre com territorialização e população adscrita e com o trabalho médico organizado pelas três especialidades básicas da medicina: clínica geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Estima-se que haja entre 20% a 40% de unidades tradicionais no país. Contudo, há que considerar que o modelo dual de APS no SUS tem se construído, nos últimos anos, com a hegemonia do PSF e que no discurso oficial dos gestores do SUS tem havido, até agora, um caminho estratégico de fortalecimento do PSF.

O modelo brasileiro de saúde da família pode ser considerado autóctone, ainda que se deva reconhecer que recebeu influências externas importantes, mas diferiu delas, sobretudo, por não instituir-se como uma proposta exclusiva de medicina familiar e, sim, como uma política pública voltada para a saúde da família. O PSF é uma proposta de saúde da família singular que se distanciou dos modelos de medicina familiar prevalentes no mundo desenvolvido que, em geral, se articulam em torno do papel protagônico dos médicos generalistas ou de família. Como exemplo, no modelo de medicina familiar do Canadá, apenas 32% dos médicos trabalham em conjunto com outros profissionais de saúde e somente 22% trabalham juntamente com enfermeiros ⁽¹⁸⁶⁾. Além disso, esses modelos internacionais tendem a valorizar a liberdade de escolha dos médicos pelas pessoas usuárias, independentemente da adscrição geográfica, com o objetivo de obter ganhos de competitividade. O PSF optou por um modelo de base populacional e territorial que se articula em função de mecanismos de cooperação e, não, de competição.

O PSF foi construído em bases distintas, de modo a cumprir com os objetivos do SUS inscritos nas legislações constitucionais e infraconstitucionais. São várias as suas especificidades. É um modelo de saúde da família que se propõe a atuar sobre os determinantes sociais da saúde em seus distintos níveis por meio de ações integradas de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde. Essa opção estratégica convoca, necessariamente, a territorialização dos espaços de atuação da APS e a ação intersetorial. O PSF incorporou, desde seu início, o trabalho multiprofissional realizado em equipe por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnicos em saúde bucal, agentes comunitários de saúde e, eventualmente, outros profissionais de saúde. A incorporação do ACS constitui um grande diferencial porque cria as possibilidades de um relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, as pessoas usuárias e suas famílias e as organizações e movimentos sociais do território.

A proposta brasileira do PSF é a mais adequada para a situação brasileira porque é a que se adequa aos princípios do SUS e porque é ampla ao centrar-se na saúde da população. Ela valoriza a medicina familiar e a incorpora, mas vai além dela ao instituir-se com foco na saúde da família.

A expansão do PSF foi muito significativa. Em agosto de 2011, estavam implantadas, em 5.284 municípios brasileiros, 32.079 equipes de PSF que cobriam, nominalmente, aproximadamente 110 milhões de brasileiros, mais da metade da população; 248.521 agentes comunitários de saúde estavam operando em 5.391 municípios; e 21.038 equipes de saúde bucal estavam presentes em 4.847 municípios ⁽¹⁸⁷⁾. É um crescimento formidável num período de tempo de uma década e meia, curto para uma política pública de saúde dessa proporção.

Recentemente, tem sido levantada, em diferentes lugares e por diferentes atores sociais do SUS, uma hipótese da fragilidade do PSF como forma de organizar a APS. Parece haver um sentimento, mais ou menos difuso, de desencanto com o PSF, seja porque seria um modelo que não se aplica a todos os aspectos da realidade brasileira, seja porque seria um modelo caro e pouco resolutivo. Esse sentimento expressa-se em diversas propostas de substituição ou de flexibilização do PSF.

Entre as propostas que se apresentam estão: a reorganização do trabalho médico com a valorização relativa da tríade de especialistas básicos nos cuidados primários; a flexibilização do trabalho dos profissionais, especialmente dos médicos, permitindo o trabalho em tempo parcial; a expansão exagerada das UPAS transformando-as em portas de entrada do SUS, competindo predatoriamente com o PSF; e o fenômeno generalizado da oferta de atendimento hospitalar em unidades de pequeno porte que operam sem escala e que, nos municípios menores, desviam recursos da APS, onde seriam efetivos para a manutenção de hospitais que não têm densidade tecnológica para o exercício real de ações hospitalares e que são ineficientes, inefetivos e de baixa qualidade ⁽⁶⁰⁾.

Essas propostas fazem-se com fundamento num suposto fracasso do PSF, são construídas com base em opiniões de forte conteúdo valorativo e constroem-se ao arrepio de evidências que as sustentem. Ademais, têm seu foco numa visão ultrapassada de APS que a considera exclusivamente como porta de entrada do SUS, portanto, como uma parte isolada de um sistema fragmentado, voltada, prioritariamente, para a atenção às condições e aos eventos agudos operando de forma episódica e descontínua e fortemente ancorada na consulta médica. É o que se pode concluir de propostas que estão sustentadas na mudança do trabalho médico e no aumento da oferta da atenção às condições e aos eventos agudos. Há um suposto não explicitado de aumentar o acesso aos médicos, o que é importante, mas que desconsidera outros problemas estruturais que qualificam o trabalho médico. Há evidências robustas de que mais consultas médicas, isoladamente, não significam, isoladamente, melhores desfechos clínicos e melhores resultados sanitários ⁽²⁹⁾.

Os problemas dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos, já analisados no plano macro, manifestam-se, no plano micro, pela falência de um sistema de atenção à saúde estruturado com base na consulta médica de curta duração. Essa crise tem sido considerada, nos Estados Unidos, como a falência do sistema centrado na consulta médica de 15 minutos que é o tempo médio de uma consulta médica naquele país ⁽¹⁸⁸⁾. Essa crise no plano micro será analisada, com mais profundidade, na discussão do modelo de atenção às condições crônicas.

Os estudos referidos demonstram, de forma inequívoca, que o mero aumento das consultas médicas não melhora os desfechos clínicos das condições crônicas como indica o senso comum e que um sistema baseado na atendeção, apenas leva a mais atendeção. Em consequência, as propostas de mudanças da APS centradas no trabalho médico, ainda que necessárias, são insuficientes e reducionistas. A agenda de reforma da APS tem de ser muito mais profunda e global para gerar valor para a população.

É preciso ter claro que as propostas de substituição do PSF pelos modelos tradicionais de APS não estão sustentadas por evidências científicas. O que parece moderno é, na realidade, uma volta ao passado que, certamente, aprofundará a crise contemporânea do SUS, prejudicando a sua política mais consequente que é a da saúde da família.

Os questionamentos ao PSF decorrem, em grande parte, da percepção equivocada de que esse modelo de APS fracassou. O PSF não foi um fracasso, mas um sucesso, dentro dos limites que lhe foram dados para se desenvolver. Isso é referendado por evidências provindas de diferentes estudos, em várias regiões do País.

Ainda que não se possa, rigorosamente, comparar o PSF com os modelos tradicionais de APS porque são opções de políticas de cuidados primários totalmente distintas, ao contrário do que algumas vezes se propala, os trabalhos revisados demonstram, inequivocamente, a superioridade do PSF em relação aos modelos tradicionais, especialmente no cumprimento dos atributos da APS. Interessante notar que não se encontrou nenhum trabalho avaliativo que indicasse a superioridade dos modelos tradicionais sobre o PSF.

Um dos aspectos positivos da introdução do PSF é o aumento do interesse de acadêmicos em pesquisar a APS no Brasil, o que permitiu retirar do campo opinativo os posicionamentos frente a essa estratégia. Macinko ⁽²²⁴⁾ mostrou que tem sido crescente o número de artigos novos sobre o PSF citados no Pubmed, de três em 1998 a 75 em 2009, um total de 297 artigos no período considerado.

Um estudo, utilizando o PCATool, comparou o desempenho das unidades de PSF e das unidades tradicionais na saúde infantil, na região de Porto Alegre. Observou-se uma extensão significativamente maior dos atributos da integralidade, orientação comunitária e orientação familiar e do valor geral da APS para as crianças que frequentavam as unidades de PSF. A proporção de crianças com atenção à saúde classificada com alto valor geral da APS também foi significativamente maior para aquelas cobertas pelo PSF ⁽¹⁸⁹⁾.

Um estudo avaliativo da APS, realizado em Petrópolis, comparando o PSF com o modelo tradicional, permitiu verificar que o PSF apresentou: em termos de acessibilidade, um acesso melhor, especialmente nos fins de semana; em termos de primeiro contato, um escore maior, ainda que sem significação estatística; em termos de longitudinalidade, o PSF tinha uma população adscrita e dava maior oportunidade às pessoas usuárias para discutirem suas dúvidas sobre a atenção prestada; em termos de integralidade, o PSF provia melhor atenção pré-natal, tratamento de tuberculose, aconselhamento em violência doméstica, educação em saúde, prevenção ao uso excessivo de álcool e ao tabagismo; o PSF utilizava mais as diretrizes clínicas para orientação das condutas clínicas e as linhas-guia para o referenciamento a outros níveis do sistema; em termos de orientação familiar, o PSF utilizava mais instrumentos de abordagem familiar; e em termos de orientação comunitária, o PSF trabalhava mais com pesquisas populacionais, ofertava mais atenção domiciliar e se envolvia mais com trabalhos intersetoriais ⁽¹⁹⁰⁾.

Um estudo comparou as unidades tradicionais e as unidades de PSF no município de São Paulo, por estratos de exclusão social, utilizando o instrumento PCATool, aplicado a gerentes, a profissionais de saúde e a pessoas usuárias. Os resultados mostraram que as estimativas dos índices de atenção primária nas unidades PSF foram mais altos do que os das unidades tradicionais, sempre com diferenças estatisticamente significantes, em todos os estratos ⁽¹⁹¹⁾.

Foi realizada uma avaliação da APS em 41 municípios dos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, utilizando delineamento transversal, com grupo de comparação externo e entrevistas com presidentes de Conselhos Municipais de Saúde, secretários municipais de saúde e coordenadores de APS. O estudo revelou que as unidades de PSF apresentaram em relação às unidades tradicionais: maior tempo para as consultas médicas; maior oferta de ações programáticas para o cuidado integral e de atividades de grupo; e maior frequência de realização do pré-natal em suas unidades de adscrição territorial. As unidades de PSF ofertaram mais serviços em relação às unidades tradicionais de: atendimentos odontológicos a grupos prioritários, promoção do aleitamento materno, puericultura, manejo dos agravos infantis mais graves, consultas pré-natais, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo de útero, diagnóstico e tratamento da tuberculose, diagnóstico e tratamento da hanseníase, diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, diagnóstico e tratamento do diabetes, recomendação de atividades físicas e cuidado domiciliar a pessoas idosas. Em termos de processos de trabalho as unidades de PSF utilizaram mais protocolos clínicos que as unidades tradicionais. A conclusão dos autores foi que o desempenho do PSF foi regularmente melhor do que o de serviços tradicionais, tanto no Sul, quanto no Nordeste. Esse achado coincide com a percepção dos gestores de que o PSF é mais adequado para

o funcionamento do SUS e conta com maior adesão dos profissionais de saúde do que o modelo tradicional ⁽¹⁹²⁾.

Um estudo avaliativo realizado por meio do PCATool em 62 municípios do estado de São Paulo comparou as unidades PSF e tradicionais, a partir das opiniões dos profissionais de saúde. De um modo geral, os dados demonstraram que os profissionais que trabalhavam no PSF avaliaram o seu desempenho como sendo melhor, o que se reflete em escores médios maiores. Além disso, sempre que houve diferença estatística entre os dois tipos de unidades, essa foi favorável às unidades de PSF ⁽¹⁹³⁾.

Estudo avaliativo do PSF foi realizado por meio de uma análise ecológica longitudinal, usando dados de fontes secundárias, de forma a relacionar a mortalidade infantil com acesso a água e ao saneamento, com a renda média, com a escolaridade da mulher, com a fertilidade, com a oferta de médicos e enfermeiros por dez mil habitantes e com a oferta de leitos por mil habitantes. Os resultados mostraram que o fator mais importante para a redução da mortalidade infantil no País foi a escolaridade das mulheres, seguido da ampliação da oferta do PSF. O estudo demonstrou que um aumento de 10% na cobertura do PSF foi responsável por uma diminuição de 4,56% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% no acesso a água foi responsável por uma diminuição de 2,92% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% nos leitos hospitalares foi responsável por uma diminuição de 1,35% na mortalidade infantil; e que a fertilidade e a renda *per capita* apresentaram associações modestas com as taxas de mortalidade infantil ⁽¹⁹⁴⁾.

Um estudo comparou a APS praticada em nove municípios da Região Centro-Oeste do Brasil (Goiás e Mato Grosso), nas formas de unidades de PSF e unidades tradicionais, utilizando o instrumento do PCATool. Os resultados, medidos pelo índice de atenção primária, apontaram para uma melhor avaliação dos serviços prestados pelas unidades de PSF em relação às unidades tradicionais, tanto para profissionais quanto para pessoas usuárias ⁽¹⁹⁵⁾.

Um trabalho de avaliação da presença e extensão dos atributos da APS, um estudo transversal realizado por inquérito estruturado utilizando o PCATool, nos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, comparou as unidades tradicionais e de PSF da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba ⁽¹⁹⁶⁾. Esse estudo é interessante porque em Curitiba convivem os dois modelos, 53 unidades com PSF, operadas por médicos generalistas, e 51 unidades com o modelo tradicional, operadas por médicos especialistas (clínicos, gineco-obstetras e pediatras), trabalhando em tempo parcial. Em Curitiba, o modelo tradicional apresenta certas características singulares como a territorialização, a organização pelo princípio da vigilância em saúde e a presença dos ACSs nas equipes. Os resultados do estudo estão sumarizados na Tabela 3.

Tabela 3: Escores médios dos atributos e dos escores essenciais, derivados e geral de atenção primária à saúde na avaliação dos profissionais, médicos e enfermeiros, das unidades tradicionais e do PSF do município de Curitiba em 2008

ATRIBUTOS	UNIDADE TRADICIONAL	UNIDADE DE PSF
Essenciais	6,2	7,0
Acessibilidade	4,7	5,1
Longitudinalidade	6,2	6,7
Coordenação	6,9	7,0
Integralidade	5,9	8,3
Derivados	7,7	8,3
Orientação familiar	7,8	8,5
Orientação comunitária	7,6	8,1
Geral	6,6	7,4

Fonte: Chomatas ⁽¹⁹⁶⁾

A Tabela 3 evidencia que, para todos os atributos, os escores médios alcançados pelas equipes de PSF superaram aqueles das unidades tradicionais, embora no atributo coordenação a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Além disso, as unidades de PSF também apresentaram maior percentual de alto escore (igual ou maior que 6,6) da APS, tanto nos atributos individuais quanto nos escores essenciais, derivados e geral. Além disso, nas unidades de PSF as ações educativas, as visitas domiciliares e as discussões de caso são mais frequentes, sugerindo maior possibilidade de mudar o modelo para enfrentar o desafio das condições crônicas. Há que se acrescentar que esses resultados se obtiveram mesmo considerando que as unidades de PSF encontram-se, em geral, localizadas em regiões de maior vulnerabilidade social do que as unidades tradicionais.

Outra pesquisa feita no município de Curitiba, comparando as unidades de PSF e as unidades tradicionais da Secretaria Municipal de Saúde, mostrou que dos 17 indicadores de saúde selecionados, 7 (41%) apresentaram melhores resultados com o modelo PSF em relação ao tradicional, sendo que 5 desses indicadores compõem o atributo acessibilidade. Na avaliação por atributos, a coordenação, a longitudinalidade e a integralidade evidenciaram uma tendência de melhores desempenhos nas unidades de PSF. As unidades tradicionais não obtiveram melhores resultados em nenhum dos indicadores ⁽¹⁹⁷⁾.

Uma pesquisa procurou verificar a influência do PSF na saúde infantil comparando períodos anteriores e posteriores à introdução dessa estratégia de APS em municípios brasileiros. As variáveis da saúde infantil foram estado de saúde auto-reportado, número de dias de atividades restritas, número de dias de internações hospitalares, prevalência de vômito ou diarreia e número de vezes que as crianças receberam atenção médica. Os resultados indicaram que, para a maioria dos indicadores de saúde infantil utilizados na análise empírica, as crianças para as quais o PSF estava disponível no município durante o período pré-natal e nos primeiros anos de vida foram mais saudáveis que aquelas em que o PSF não era disponível ⁽¹⁹⁸⁾.

Uma pesquisa sobre a saúde da família no Brasil, no período de 1998 a 2004, mostrou que a cobertura de PSF esteve associada com a melhoria de indicadores de saúde ⁽¹⁹⁹⁾. Os dados sobre a proporção média anual de crescimento na homogeneidade de cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade revelaram que quanto mais elevada a cobertura de PSF maior foi o aumento do indicador entre 1998 e 2003. O indicador cresceu 5,73% para o estrato de menos de 20% de cobertura por PSF, 6,85% para o de 20% a 50% de cobertura, 7,80% para o de 50% a 70% de cobertura e 10,97% para o de 70% ou mais de cobertura. A variação média de queda na proporção de nascidos vivos de mães com nenhuma consulta de pré-natal cresceu com o aumento da cobertura de PSF nos estratos, revelando um gradiente. Os estratos de menos de 20% de cobertura e de 20% a 50% de cobertura apresentaram queda média anual de 7,95% e de 13,47% e os estratos de 50% a 70% e de mais de 70% tiveram reduções de 15,45% e 19,04%. Verificou-se que a proporção de óbitos em menores de 1 ano por causas mal definidas caiu relativamente mais nos estratos de maior cobertura de PSF. A mesma tendência verificou-se na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal e nas taxas de internações da população de 40 anos e mais por acidente vascular cerebral e por insuficiência cardíaca congestiva.

Uma tese de doutorado de avaliação do impacto de políticas públicas organizadas em torno de intervenções nos níveis familiar e comunitário procurou estudar o impacto do PSF na mortalidade, no trabalho infantil, na frequência escolar e na oferta de trabalho adulto. Para isso, compararam-se municípios que tinham e não tinham PSF. Nas regiões Norte e Nordeste, os municípios que estiveram há três anos no PSF reduziram a taxa de mortalidade infantil na ordem de 1,81 por mil a mais que os municípios que não estiveram no programa. Isso significa que apenas por causa do PSF um município que tivesse a mortalidade infantil igual à média brasileira em 1993 (que era de 27 por mil) e estivesse há três anos no programa reduziria, em média, 6,7% a taxa de mortalidade infantil a mais que um município que não estivesse no programa. Além disso, quanto maior o período que o município estivesse no programa maior seria esse efeito, as estimativas chegando a ser de 20,0% quando o município

estivesse há oito anos no PSF. Em relação à taxa de mortalidade de 1 a 4 anos, o impacto foi de uma redução de 0,07 por mil na taxa de mortalidade dos municípios que estiveram há três anos no programa maior que nos municípios que não estiveram no programa, o que significa uma redução de 6,2% da taxa de mortalidade se o município tinha mortalidade igual à média brasileira em 1993. Esse efeito passaria a ser de 22,1% se o município estivesse no programa há oito anos. Note que o efeito na mortalidade infantil (até 1 ano) e de criança (de 1 a 4 anos) cresceu bastante com a duração do programa. O efeito do PSF sobre a taxa de mortalidade adulta do programa também foi importante. O impacto para os municípios que estiveram há três anos no PSF foi de uma redução da taxa de mortalidade de 0,11 por mil. Isso significa numa redução de 3,25% da taxa para os municípios que estiveram há três anos no programa. Esse efeito subiu para uma redução de 11,24% da taxa de mortalidade nos municípios que estiveram no programa há oito anos. Em relação ao trabalho infantil não houve impacto do PSF. Mas na frequência escolar o impacto foi significativo. Quantitativamente, uma criança de um município que estivesse há quatro anos no PSF teve uma probabilidade 2,1% maior de frequentar a escola do que uma criança que estivesse num município sem o programa. Já uma criança em um município que estivesse há oito anos teve uma probabilidade de 4,5% maior de estar frequentando a escola na mesma comparação. Com relação aos resultados dos impactos do PSF sobre oferta de trabalho e emprego adultos, verificou-se que o PSF teve efeito positivo e significativo em ambos. Quantitativamente, uma pessoa que residia em um município que estava no programa há cinco anos teve 5,6% a mais de probabilidade de estar empregado, número esse que sobe para 6,8% nos municípios que estivesse há oito anos no programa ⁽²⁰⁰⁾.

Foram realizados estudos de caso sobre o PSF em quatro municípios brasileiros: Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, utilizando entrevistas semiestruturadas com gestores de saúde e inquéritos com profissionais de saúde e famílias cadastradas. Os resultados mostraram que foi no PSF que se dava, prioritariamente, o primeiro contato e, a partir dele, que se estruturava o acesso aos serviços especializados. A proporção das opiniões concordantes dos médicos e enfermeiros de família com a afirmativa "a população procura primeiro a unidade de saúde da família quando necessita de atendimento" foi de 92,6% em Aracaju, 89,1% em Belo Horizonte, 87,8% em Florianópolis e 83,5% em Vitória ⁽²⁰¹⁾.

A PNAD 2008 sobre saúde pesquisou o PSF no Brasil ⁽²⁰²⁾. Nos 57,6 milhões de domicílios brasileiros residiam 189,5 milhões de pessoas, enquanto, nos 27,5 milhões de domicílios cadastrados viviam 96,5 milhões de pessoas, o que representava 50,9% da população total. 27,5 milhões de domicílios, 47,7% do total, declararam estar cadastrados no PSF. Foi observado que quanto maior era a classe de rendimento mensal domiciliar *per capita* menor era a proporção de domicílios cadastrados no

PSF. Dentre aqueles com rendimento de até dois salários mínimos, 54,0% foram declarados cadastrados, enquanto para aqueles com rendimento acima de cinco salários mínimos, 16,3% assim se declararam, o que mostra que o programa está chegando aos mais pobres. Dentre os domicílios em que a pessoa de referência não tinha instrução ou tinha menos de um ano de estudo, 63,8% estavam cadastrados no PSF. Já nos domicílios em que a pessoa de referência tinha 11 anos ou mais de estudo esse percentual foi de 33,5%. A pesquisa constatou que 77,2% da população de rendimento mensal até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo utilizaram centros ou postos de saúde que, na maior parte, operam com equipes do PSF; esse percentual caiu para 67,1% na população de renda de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, para 50,4% na população de renda de mais de 1 a 2 salários mínimos e para 4,8% na população de renda de mais de 5 salários mínimos. Os dados da PNAD 2008, trabalhados segundo a cobertura de PSF por anos de escolaridade das pessoas usuárias, mostraram que supera a cobertura de não PSF nos grupos de menor escolaridade: relação de 40% a 29% no grupo de menos de 3 anos de escolaridade; de 26% a 22% no grupo de 4 a 7 anos de escolaridade; o equilíbrio só se dá no grupo de 8 a 10 anos de escolaridade; a partir daí predomina o acesso a não PSF. Esses dados atestam que o PSF atinge os brasileiros de menor escolaridade.

Uma avaliação econométrica dos efeitos do PSF sobre a mortalidade infantil no estado do Ceará indicou que o PSF possui um impacto negativo sobre a taxa de mortalidade infantil, ou seja, a atuação do programa diminuiu essa taxa, em média, em -4,3. O coeficiente estimado para esse efeito, além de possuir o sinal correto, é estatisticamente significativo. Do ponto de vista da avaliação econômica, assumindo que a taxa de desconto empregada e a taxa de crescimento da renda individual futura possuem a mesma magnitude de forma a se anularem, sob a análise dos índices empregados, o programa apresentou-se viável do ponto de vista econômico ⁽²⁰³⁾.

Um estudo procurou verificar o impacto do PSF sobre a mortalidade infantil em 721 municípios brasileiros no período de 1996 a 2004 ⁽²⁰⁴⁾. Para isso, os municípios foram subdivididos em três categorias: cobertura de PSF incipiente, menor que 30% da população; cobertura de PSF intermediária, entre 30,0% e 69,9% da população; cobertura de PSF com valor igual ou maior que 70% da população e duração do PSF de menos de quatro anos; e cobertura consolidada de mais de 70% da população e duração igual ou maior de quatro anos. A expansão do PSF variou de 1% dos municípios em 1996 para 80% em 2004; a expansão de cobertura intermediária cresceu no mesmo período de 0,1% para 39,3%. Nesse período a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 26,6 para 16,1 mortes em crianças menores de um ano de idade por mil nascidos vivos. As taxas de mortalidade infantil diminuíram, no período, em 16% para os municípios de cobertura incipiente, 23% nos municípios de cobertura intermediária e 22% nos municípios de cobertura consolidada. O efeito

do PSF foi maior na mortalidade pós-neonatal que na neonatal e nos municípios com altas taxas de mortalidade infantil e com baixo índice de desenvolvimento humano. Alguns processos críticos na mortalidade infantil cresceram com a implantação do PSF como número de consultas médicas por habitante, percentual de mulheres com uma ou mais consultas pré-natais e coberturas vacinais de pólio, sarampo e difteria.

Um estudo procurou verificar o impacto do PSF na mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade, em municípios brasileiros, no período de 2000 a 2006, decompondo seus efeitos em mortes por causas mal definidas e por outras causas ⁽²⁰⁵⁾. Os municípios foram divididos em categorias: sem cobertura de PSF; com baixa cobertura, menos de 30% da população; com cobertura intermediária, de 30,0% a 69,9% da população; e com alta cobertura, igual ou mais de 70,0%. No período analisado a mortalidade em menores de cinco anos diminuiu de 24,7 para 19,3 por mil nascidos vivos. A mortalidade por causas mal definidas diminuiu de 2,1 para 0,4 por mil nascidos vivos. Contrariamente, no período, o número de municípios sem PSF diminuiu de 2.483 em 2000 para 367 em 2006, ao tempo em que os municípios com alta cobertura (igual ou maior que 70%) aumentaram de 851 para 3.432. Os resultados mostraram que o PSF teve sucesso em melhorar a qualidade das informações sobre as causas de morte e de reduzir o número de registros de mortes mal definidas, o que reforça achados de outros estudos ^(206, 207, 208).

Um estudo analisou o efeito do PSF sobre a mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade, especialmente por doenças diarreicas e infecções respiratórias, em 2.601 municípios brasileiros no período de 2000 a 2005, classificando-os como de baixa cobertura do programa (menos de 30% da população), cobertura intermediária (entre 30% a 70%) e alta cobertura (mais de 70%). Os resultados mostraram uma associação negativa significativa entre os níveis de cobertura do PSF e a redução da mortalidade infantil. No período, a mortalidade infantil nos menores de cinco anos decresceu de 22,6 para 18,1 por mil nascidos vivos. As mortes por doenças diarreicas diminuíram 43% e as por doenças respiratórias 31%. As reduções foram de 4% nos municípios com baixa cobertura, 9% nos de cobertura intermediária e 13% nos de alta cobertura ⁽²⁰⁹⁾.

Um estudo avaliou as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial em Minas Gerais no período de 1998 a 2004 em que a cobertura de PSF, na média do estado, subiu de 13,8% para 51,6%. Nesse período essas internações evitáveis ou desnecessárias tiveram uma queda de 12,6%. Estratificando por idade as quedas foram: no grupo de 5 a 14 anos, 21,8%; no grupo de menores 1 ano, 19,3%; no grupo de 25 a 34 anos, 17,7%; no grupo de 45 a 54 anos, 17,0%; no grupo de 55 a 64 anos, 14,3%; no grupo de 15 a 24 anos, 8,9%; e no grupo de 65 anos ou

mais, 8,6%. Parte substancial das reduções se deveu aos grupos das pneumonias e das gastroenterites ⁽²¹⁰⁾.

Dados de Minas Gerais, relativos a eventos de saúde sensíveis à APS, mostraram reduções significativas no período de 2007 a 2010, período em que a APS teve prioridade significativa nas políticas de saúde estaduais: internações hospitalares por desidratação em menores de cinco anos: de 6.810 em 2007 para 2.560 em 2010, queda de 62,4% no período; internações por pneumonias em menores de cinco anos de idade: de 12.426 em 2007 para 6.378 em 2010, queda de 48,7% no período; nascidos vivos com menos de 2.500 gramas: de 21.365 em 2007 para 12.435 em 2010, queda de 41,8% no período; e óbitos em menores de um ano por infecções respiratórias agudas: de 613 em 2007 para 158 em 2010, queda de 74,2% no período ⁽²¹¹⁾.

Um estudo analisou as internações sensíveis à atenção ambulatorial no Brasil, por doenças crônicas, no período de 1999 a 2007, procurando associar com o PSF. Nesse período essas internações declinaram em 14% para os homens e em 7% para as mulheres. As reduções nessas internações estiveram associadas com a cobertura populacional no PSF medidas por quintis. Os municípios com os quintis de cobertura pelo PSF maiores (quintis 5) apresentaram internações 13% menores que os municípios com quintis de cobertura pelo PSF menores (quintis 1). Altos níveis de cobertura pelo PSF estiveram associados com quedas de 23% nas internações por asma. Acidente vascular encefálico e outras doenças cardíacas mostraram uma diminuição das internações menor, mas ainda significativa ⁽²¹²⁾.

Um estudo analisou as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no município de Belo Horizonte após a implantação, em larga escala, do PSF. Num período de quatro anos, as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial caíram 17,9%; no mesmo período, a queda das internações por condições não sensíveis à atenção ambulatorial foi bem menor, de 8,3%. As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial diminuíram 22% nas mulheres moradoras de áreas de alta vulnerabilidade social, enquanto que esse decréscimo foi de apenas 9% nas áreas de baixa vulnerabilidade social ⁽²¹³⁾.

Análises ecológicas sugerem que o PSF pode ter produzido uma diminuição de 8% nas mortes de adultos no Brasil, oito anos após sua introdução, e que essa estratégia pode estar associada à diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares no País ⁽²¹⁴⁾.

Um estudo realizado em Porto Alegre, comparou a satisfação dos usuários segundo os escores alto e baixo de APS, medidos pelo PCATool, mas agregando um

questionário aplicado na última consulta. Os resultados mostraram diferenças significativas nas 12 variáveis que indicam a satisfação da atenção, sendo a satisfação de 95,6% na APS de alto escore e de 73,5% nas de baixo escore ⁽²¹⁵⁾.

Uma pesquisa realizada em Belo Horizonte para monitorar desempenho, resultados e satisfação dos usuários com o PSF, construída com base em seis atributos da APS e aplicada a 512 equipes de saúde da família, apresentou os seguintes percentuais de satisfação em relação aos atributos definidos: 86,6% para a integralidade, 86,0% para a orientação comunitária, 84,9% para o primeiro contato, 78,4% para a orientação familiar, 75,2% para a longitudinalidade e 61,4% para a coordenação da atenção ⁽²¹⁶⁾.

Em um estudo comparado sobre trabalhadores comunitários em saúde e impactos positivos desses sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a experiência brasileira dos Agentes Comunitários de Saúde alcançou o melhor resultado, obtendo 34 pontos de um total de 36, entre oito países de três regiões mundiais ⁽²¹⁷⁾. Há estudos que mostram que o PSF teve impacto na equidade por ter uma orientação para os mais pobres ^(218, 219, 220).

Uma análise dos dados da PNAD/2008 mostrou resultados importantes sobre o PSF em relação a atributos e à equidade ⁽²²¹⁾. A população brasileira foi dividida em três segmentos de demanda: SUS com PSF, 42,2% de cobertura; SUS sem PSF, 31,9% da cobertura; e planos de saúde, 25,9% da cobertura. A renda familiar *per capita* de cada segmento foi de: SUS com PSF, R\$ 326,00; SUS sem PSF, R\$ 458,00; e planos de saúde, R\$ 1.396,00. O percentual de cobertura de pessoas analfabetas foi de: SUS com PSF, 23,5%; SUS sem PSF, 17,1%; e planos de saúde, 8,6%. O percentual de cobertura de pessoas com ocupação agrícola foi de: SUS com PSF, 25,4%; SUS sem PSF, 14,8%; e planos de saúde, 3,1%. Esses dados evidenciam que o SUS com PSF, relativamente, cobre a população mais vulnerável do ponto de vista econômico e social. Tomando-se como indicador de acesso o uso regular dos serviços, verificou-se que foi de: SUS com PSF, 76,0%; SUS sem PSF, 66,0%; e planos de saúde, 77,2%; Isso coloca o acesso ao SUS com PSF bem próximo ao acesso aos planos de saúde e bem maior que o acesso ao SUS sem PSF. Do ponto de vista da porta de entrada os resultados foram: SUS com PSF, 77,6% com entrada em postos ou centros de saúde; SUS sem PSF, 66,7% com entrada em postos ou centros de saúde; planos de saúde, 67,3% em consultórios/clínicas que, na maioria das vezes, não são de cuidados primários, mas de atenção especializada. Aqui, pode-se concluir que o SUS com PSF é superior no atributo de acesso com entrada pela APS. A prevalência do uso de consultas médicas por 100 habitantes foi de: SUS com PSF, 64,4%; SUS sem PSF, 61,8%; e planos de saúde, 80,4%. Nota-se um maior uso de consultas médicas no SUS com PSF que no SUS sem PSF. A prevalência de internações hospitalares foi

de: SUS com PSF, 7,3%; SUS sem PSF, 6,0%; planos de saúde, 8,2%. Aqui, também, as internações hospitalares foram maiores no SUS com PSF que no SUS sem PSF e foram próximas às hospitalizações dos planos de saúde. O percentual de consultas médicas com prescrição de medicamentos foi de: SUS com PSF, 61,8%; SUS sem PSF, 36,3%; e planos de saúde, 13,4%. O acesso a todos os medicamentos prescritos nas consultas médicas foi de: SUS com PSF, 43,2%; SUS sem PSF, 36,3%; e planos de saúde, 13,4%. Esses dados mostram que os maiores acessos a todos os medicamentos foram do SUS com PSF. A fonte de pagamento pelo uso de serviços foi de: SUS com PSF, 86,0% SUS e 13,5% de desembolso direto; SUS sem PSF, 79,3% SUS e 19,1% desembolso direto; planos de saúde, 74,4% planos de saúde, 12,2% desembolso direto e 13,5% SUS. Dado que o pagamento por desembolso direto é muito regressivo e gerador de iniquidades, verificou-se que ele é menor no SUS com PSF que no SUS sem PSF. Além disso, constatou-se que 13,5% dos usuários de planos de saúde tiveram seus serviços custeados pelo SUS, o mesmo percentual de usuários do SUS com PSF que fizeram pagamentos por desembolso direto. Os resultados desse estudo da PNAD/2008 evidenciam uma superioridade do SUS com PSF em relação ao SUS sem PSF, em todas as variáveis analisadas. Revelam, ademais, que o caos do SUS em geral, e o fracasso do PSF em particular, repercutido na mídia, quando analisado com rigor, a partir de estudos de amostra domiciliar, está longe de ser verdadeiro.

Um estudo comparativo das PNADs 1998 e 2008 em Minas Gerais evidenciou que o acesso a consultas médicas anuais, no SUS, aumentou significativamente no período, tanto nos homens quanto nas mulheres. As chances de uma criança de até 1 ano de idade ter acesso a uma consulta médica anual foi de 90%. Quando comparados os acessos a consultas médicas por ano, na população SUS e na população com planos privados, verificou-se que embora a probabilidade de se consultar o médico seja menor entre indivíduos SUS, a análise temporal revela um aumento do acesso na população SUS muito mais expressivo nessa probabilidade entre os indivíduos desse grupo em relação àqueles com planos privados. O acesso a consultas médicas nos indivíduos de 0 a 5 anos e de mais de 50 anos estão se aproximando do grupo com planos privados. Tudo isso se deve, principalmente, ao importante incremento do PSF no estado, no período analisado ⁽²²²⁾.

Os inequívocos resultados positivos do PSF têm obtido reconhecimento nacional e internacional.

No plano nacional, o PSF, competindo com mais de 140 políticas públicas, ficou em 1º lugar no 15º Concurso de Inovações da Gestão Pública Federal, realizado em 2011, promovido pela Escola Nacional de Administração Pública e pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Brasil.

No plano internacional, um editorial da importante revista médica *British Medical Journal* de novembro de 2010 diz: "O Programa de Saúde da Família é provavelmente o exemplo mundial mais impressionante de um sistema de atenção primária integral de rápida expansão e bom custo-efetividade... O potencial das reformas em saúde do Brasil e, especificamente, do Programa de Saúde da Família, em prover atenção à saúde a um custo acessível foi mencionado há 15 ou mais anos atrás no *British Medical Journal*. Em muitos aspectos, aquela promessa foi mais que cumprida, mas a história de sucesso da atenção primária à saúde no Brasil continua pouco compreendida e ainda fracamente difundida e interpretada para outros contextos. Países de renda elevada poderiam aprender como esse programa alterou a interação com as doenças crônicas, com a demanda por serviços de cuidados terciários e com a promoção da saúde... Em muitos aspectos o Brasil acertou: um programa de atenção primária custo-efetivo e de larga escala que aborda questões de saúde pública típicas de países de baixa renda e daqueles em transição epidemiológica, mas também relevante para os países de alta renda. A ascensão política e econômica do Brasil no mundo deve englobar seu papel de liderança na atenção primária à saúde. Todos temos muito que aprender- façam o sistema funcionar corretamente e os resultados virão, mesmo com recursos limitados. Os formuladores de políticas em saúde no Reino Unido têm um histórico em observar os Estados Unidos na busca de exemplos de inovação na prestação de atenção à saúde, apesar de seus resultados relativamente fracos e dos altos custos. Eles poderiam aprender muito voltando seus olhares para o Brasil" ⁽²²³⁾. O triste é que esse editorial se aplicaria, como uma luva, a muitos brasileiros que não enxergam ou não querem enxergar a grandeza do PSF.

Macinko ⁽²²⁴⁾, após analisar vários estudos avaliativos do PSF no Brasil, considera que essa estratégia influiu positivamente no acesso e na utilização dos serviços e teve impacto na saúde dos brasileiros. As evidências analisadas mostraram: a redução da mortalidade infantil e da mortalidade de crianças menores de 5 anos; o impacto na morbidade; a melhoria no acesso e na utilização dos serviços e a satisfação com os serviços recebidos; uma orientação "pró-pobres"; a melhoria do desempenho do SUS; a criação de um grupo de pesquisadores excelentes em várias partes do país; e a contribuição à prática, à ciência e às políticas internacionais para o renascimento do interesse na APS no mundo.

As evidências produzidas pelos estudos avaliativos apresentados, em diferentes regiões do Brasil, indicam, de forma clara, que os resultados do PSF são muito positivos e superiores aos do modelo tradicional, mesmo atendendo, em geral, a uma população de maior vulnerabilidade social. Isso ocorre porque, de um lado, organiza processos e produz impactos significativos nos níveis de saúde da população e sobre outras políticas como educação e emprego; de outro, porque mostram, a partir,

principalmente, de avaliações comparativas que utilizaram o PCATool, que o PSF, como forma de organização da APS, é superior ao modelo tradicional.

Essas evidências indicam que o PSF tem sido uma experiência bem-sucedida e que algumas alternativas que se preconizam, estimulando os modelos tradicionais de APS, poderão constituir um perigoso retrocesso no SUS.

OS PROBLEMAS DO PSF E O ESGOTAMENTO DO CICLO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A leitura equivocada do fracasso do PSF merece ser mais bem interpretada. Ela decorre da permanência de problemas que não foram superados na estruturação dessa política de APS. A persistência desses problemas fez com que, de certa forma, eles se cronificassem ao longo dessa década e meia de existência do PSF e levou ao esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde.

O PSF não fracassou, mas o ciclo da atenção básica à saúde, no qual ele nasceu e cresceu, esgotou-se. A saída não está em retroceder, mas em avançar, radicalizando o PSF para transformá-lo, de fato, numa estratégia de saúde da família, além da mudança semântica já realizada. Para isso, é imprescindível diagnosticar os problemas existentes para poder superá-los.

Os problemas que constroem o desenvolvimento do PSF são vários.

A QUESTÃO IDEOLÓGICA

De certa forma, as condições dadas ao desenvolvimento do PSF fazem-no operar como um programa que combina alguns elementos da atenção primária seletiva e da APS como o primeiro nível de atenção do SUS.

A expressão atenção básica conota essa visão ideológica de um programa de atenção primária seletiva, convivendo com a de um primeiro nível de atenção do SUS. O discurso oficial da APS como estratégia está longe de consolidar-se na prática institucional porque não foram dadas as condições materiais e simbólicas para que isso acontecesse. Vige, ainda, em muitas situações, uma concepção de APS como uma atenção de baixa densidade tecnológica, prestada a regiões e a pessoas pobres. Em outras partes o PSF é visto como uma porta de entrada, limitada à prestação de serviços com forte conteúdo de atenção à demanda espontânea.

Essa questão ideológica é fundamental e serve de pano de fundo para boa parte dos problemas que o PSF enfrenta no Brasil.

A BAIXA VALORIZAÇÃO POLÍTICA, ECONÔMICA E SOCIAL DO PSF E UMA INSTITUCIONALIZAÇÃO INCIPIENTE

A baixa valorização política, econômica e social do PSF resulta, em grande parte, da questão ideológica, mas, também, como se mostrou, do pequeno valor econômico que a APS agrega a atores sociais de grande peso na arena sanitária: indústria farmacêutica, indústria de equipamentos biomédicos, prestadores de serviços de maior prestígio e formadores de opinião. Some-se, a isso, o baixo valor simbólico que o PSF representa para os políticos, para os gestores e para a própria população cuja percepção, captada nas pesquisas de opinião, está ligada, fundamentalmente, a um atendimento médico especializado e rápido. Outra dimensão de baixa valorização situa-se no campo corporativo. Os profissionais do PSF nem sempre são reconhecidos por seus pares com o mesmo valor que se reconhecem os especialistas. A grande mídia, muito concentrada em nosso país nas megametrópoles, acaba por acolher e transmitir esses valores relativos à APS à população em geral.

Para o CONASS a desvalorização da APS apresenta-se de diversas maneiras: na baixa procura por residências médicas de saúde da família, no tratamento cotidiano por diferentes atores sociais da APS como "postinho de saúde" e na incompreensão das pessoas usuárias do SUS de que esse espaço dos cuidados primários é fundamental para orientá-las no emaranhado de serviços e tecnologias de saúde de maior densidade ⁽²²⁵⁾.

A baixa valorização caminha juntamente com um baixo grau de institucionalização do PSF. A baixa institucionalização manifesta-se em diferentes espaços sociais: espaço político, espaço do sistema de atenção à saúde, espaço educacional, espaço corporativo e espaço da representação social ⁽⁶⁰⁾.

A FRAGILIDADE INSTITUCIONAL

A APS em geral, e o PSF em particular, apresenta-se, nas organizações de saúde do SUS, com extrema fragilidade. Isso acontece em todos os âmbitos do SUS – Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde –, em que as coordenações de APS estão situadas em escalões distantes do poder decisório estratégico dessas instituições. Em geral, o lugar institucional da APS dispõe, nas diferentes organizações do SUS, de poucos recursos de poder. No Ministério da Saúde, a APS faz parte da Secretaria de Assistência à Saúde que cuida, ao mesmo tempo, das ações secundárias e terciárias de atenção à saúde que dispõem de mais

recursos e de maior visibilidade política e social. Nas Secretarias Estaduais de Saúde, em geral, organizam-se em coordenadorias ou gerências localizadas no quarto ou quinto escalões administrativos. Os municípios tendem a reproduzir as estruturas organizacionais do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde.

A CARÊNCIA DE INFRAESTRUTURA ADEQUADA

O PSF funciona, principalmente, em unidades sem as condições infraestruturais necessárias. 75% das unidades de APS do SUS não apresentam condições mínimas de infraestrutura e 18% delas são instaladas em casas alugadas ⁽²²⁶⁾. Aqui, a visão da atenção primária seletiva é muito forte gerando, país afora, "postinhos de saúde" sem a menor condição para organizar uma APS de qualidade. Numa das capitais do país as unidades de PSF são estruturadas em um ambiente físico de pouco mais de 30 metros quadrados e denominadas "casinhas" pela população.

Essa carência infraestrutural espalha-se por todo o Brasil. Mesmo quando se consultam os padrões oficiais para as unidades de PSF verifica-se que eles se distanciam de uma visão contemporânea de APS resolutiva e de qualidade, capaz de exercitar as funções da APS.

A BAIXA DENSIDADE TECNOLÓGICA

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível, em atenção básica, média e alta complexidade. Essa visão é completamente equivocada porque não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de médias e altas complexidades. É a APS que deve atender a mais de 85% dos problemas mais comuns de saúde; é aí que se situa a clínica mais ampla e onde se deveriam ofertar, preferentemente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas às mudanças de comportamentos e de estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Essa concepção distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização material e simbólica das práticas que são realizadas nos níveis de "média e alta complexidades" e, por consequência, a uma banalização da APS.

O PSF opera, em geral, com baixa densidade tecnológica, o que é incompatível com as funções de uma APS de qualidade. Isso pode ser verificado tanto nas tecnologias cognitivas, como em tecnologias mais duras. Se tomarmos a questão tecnológica na perspectiva dos equipamentos se verá que menos de 3% das unidades têm os equipamentos completos para atenção aos adultos, menos de 20% para atenção às

crianças, em torno da metade para atenção pré-natal e 0,7% para atenção odontológica⁽²²⁶⁾. Tecnologias leves, mas complexas, como aquelas ligadas ao autocuidado apoiado, não são, em geral, ofertadas no PSF como rotina.

A carteira de serviços do PSF é restrita e uma boa parte dos procedimentos que se definem como de "média complexidade", na realidade, são instrumentos essenciais para uma boa APS. Isso não significa que esses procedimentos devam ser, necessariamente, ofertados dentro de cada unidade, mas que devem fazer parte das ações cotidianas dos cuidados primários com acesso pronto da população. Como exemplo, o eletrocardiograma é um exame fundamental da APS, mas pode ser feito nas unidades de PSF ou por meio de um sistema de teleassistência.

A FRAGILIDADE DOS SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO

Associado ao problema da baixa densidade tecnológica está a fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico no PSF. É o caso do sistema de patologia clínica que, no SUS, evidencia uma situação quase caótica, em que se misturam ineficiência, baixa qualidade, dificuldades de acesso para as pessoas usuárias, redundâncias e demora na apresentação dos resultados. Sequer se pode falar, nesse caso, de subfinanciamento desse sistema porque se poderia fazer muito mais com os recursos gastos que giram em torno de 1,5 bilhão de reais por ano.

É certo que os problemas do sistema de patologia clínica transcendem o PSF, mas repercutem de forma acentuada, nesse espaço de saúde. Os problemas mais comuns no PSF são: insuficiência na carteira de exames (por exemplo, não é rotina, em muitas unidades, a oferta de hemoglobina glicada, um exame fundamental no controle do diabetes); ausência de protocolos clínicos sobre os exames utilizados rotineiramente; oferta insuficiente, em quantidade e qualidade, da coleta na unidade de PSF; baixa qualidade do transporte das amostras; ineficiência e baixa qualidade no processamento dos exames (pouquíssimos laboratórios operam de acordo com as normas da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas); demora no resultado do exame que pode gastar mais de duas semanas para chegar ao profissional que o requisitou; e grande número de exames realizados que não chegam aos médicos que os solicitaram.

Os problemas do sistema de patologia clínica atingem todas as etapas do processo de assistência laboratorial. A indicação e solicitação de exames são feitas de forma inadequada, muitas vezes sem base em evidências; o preparo das pessoas usuárias é insuficiente; a coleta, o armazenamento e o transporte deixam a desejar; a realização do exame tem sérios problemas de eficiência e qualidade; e a fase pós-analítica apresenta problemas na análise dos resultados e na liberação dos exames.

O caso de Minas Gerais é bem expressivo da desorganização do sistema de patologia clínica no SUS. Em 2005, foram realizados 31 milhões de exames de patologia clínica que custaram 125 milhões de reais, sem computar os gastos diretos dos municípios e consórcios intermunicipais que são muito significativos. Esse custo anual subiu para 205 milhões em 2010. Havia 1.600 laboratórios credenciados e, conseqüentemente, a população média coberta para cada laboratório era inferior a 10 mil pessoas e o número médio de exames produzidos foi de 19.459 por laboratório, uma escala baixa para a operação de serviços eficientes e de qualidade. Metade dos exames eram glicemia, hemograma e rotina de urina, o que reflete sérios problemas na etapa de indicação e solicitação de exames. Menos de 1% dos laboratórios credenciados trabalhavam com os padrões de qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e, portanto, dentre outras desconformidades, não apresentavam controle interno e externo de qualidade ⁽²²⁷⁾. Um estudo anterior, realizado no sistema de patologia clínica da microrregião do Alto Rio Grande, com foco na APS, mostrou que 85% dos exames realizados eram normais ou negativos, que os resultados demoravam mais de 20 dias para chegarem às unidades solicitantes e que mais de 50% não chegavam aos médicos que os solicitaram ⁽²²⁸⁾. Na mesma microrregião, e também com foco no sistema de patologia clínica nas unidades de APS, um diagnóstico elaborado pelo Departamento de Propeidêutica Complementar da Faculdade de Medicina da UFMG, revelou a seguinte situação: atuação meramente assistencial dos laboratórios; utilização de processos manuais no processamento dos exames; baixíssima produtividade; tempo de espera dos resultados muito longo; deficiente qualificação dos profissionais; laboratórios não certificados; precário controle de qualidade; ausência de indicadores de desempenho dos serviços; terceirização e quarteirização de serviços a laboratórios de maior porte; transformação de laboratórios em postos de coletas; baixa quantidade de coleta nas unidades de APS; baixa qualidade da coleta; e logística precária das amostras coletadas ⁽²²⁹⁾. É preciso ter claro que mais de 60% dos problemas nos exames de patologia clínica apresentam-se na fase pré-analítica.

Um estudo com dados de 2010 mostrou que essa situação pouco mudou, o que levou à proposição de uma Política Estadual de Apoio Diagnóstico para superá-la ⁽²³⁰⁾.

A CARÊNCIA DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

Os sistemas de atenção à saúde que estruturaram a APS com base na consulta médica de curta duração fracassaram nas respostas às condições crônicas.

A solução de senso comum, inclusive a proposta dos brasileiros na pesquisa do IPEA ⁽¹⁷⁹⁾, está em aumentar o número de médicos na APS. Isso pode ser necessário em lugares em que há uma forte restrição de oferta de médicos. Mas, em geral, a

solução verdadeira passa pela formação de uma equipe de trabalho multiprofissional que distribui as tarefas, segundo as vantagens comparativas de cada profissional.

O PSF, ao contrário de outros modelos de medicina de família praticados em alguns países desenvolvidos, tem uma tradição de trabalho multiprofissional.

O PSF está estruturado com base numa equipe constituída por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, além do pessoal da saúde bucal. 7,5% das equipes de PSF não têm médico. 36,6% dos médicos, 30,7% dos odontólogos e 17,8% dos enfermeiros não cumprem a carga horária de 40 horas semanais; em relação aos médicos esse valor que era de 36,6% em 2001 aumentou para 38,4% em 2008 ⁽²²⁶⁾. Esses dados mostram que a flexibilização da carga horária dos médicos, uma das propostas mais comuns que aparecem em diferentes foros, já existe numa proporção inaceitável. O enfermeiro divide seu tempo entre a gestão e a clínica, conforme se verificou em Minas Gerais ⁽²³¹⁾. O censo 2006 sobre a APS, realizado em Minas Gerais, evidenciou que das 2.972 unidades de PSF existentes no estado, menos de uma dezena delas contava com assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos ⁽²³²⁾.

Contudo, a composição vigente da planta de pessoal, fortemente ancorada nos médicos e enfermeiros, é insuficiente para dar conta do manejo das condições crônicas pelo PSF que convoca outros profissionais como membros orgânicos, e não somente como apoiadores das equipes, como propõe a política dos NASFs. O NASF pode ser visto como uma solução de transição que deverá evoluir para o adensamento das equipes de PSF com a introdução de outros profissionais de nível superior como membros orgânicos dessas equipes.

A FRAGILIDADE DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

Os sistemas de informação clínica são essenciais para o funcionamento do PSF, tanto no manejo das condições agudas quanto crônicas. As unidades de PSF carecem de sistemas informatizados para classificação de riscos das pessoas em situação de urgência e de prontuários clínicos familiares eletrônicos.

É impossível promover cuidados adequados a portadores de condições crônicas sem prontuários clínicos eletrônicos. Além disso, a carência de prontuários clínicos familiares impede que o PSF introduza a gestão de base populacional e exerça as funções de coordenação das RASs. Há poucas experiências sólidas de utilização de prontuários clínicos familiares no país e no PSF.

OS PROBLEMAS GERENCIAIS

Do ponto de vista gerencial, o PSF apresenta vários problemas que necessitam ser superados: o processo de territorialização nem sempre feito de forma adequada, a gerência com base na oferta, a fragilidade regulatória, a ausência de gestão da clínica e a baixa profissionalização dos gestores.

Na base da despreocupação pelos problemas gerenciais do PSF está a visão ideológica da atenção primária seletiva que obscurece a complexidade da gerência dos cuidados primários. Essa visão simplificada da gerência do PSF faz parte da banalização da APS. Para solucionar esse problema é fundamental, primeiro, reconhecer que a gerência do PSF é uma tarefa de alta complexidade.

Uma unidade de PSF é uma organização complexa em que interagem múltiplos processos de trabalho realizados por equipes multiprofissionais. Constitui uma organização profissional segundo a clássica tipologia de Mintzberg, o que coloca o seu gerenciamento num patamar de alta dificuldade⁽²³³⁾. Relaciona-se com uma população adscrita e se responsabiliza por ela ao longo de toda RAS. Essa população apresenta histórias e culturas singulares que devem ser compreendidas pela gerência no seu fazer cotidiano. O PSF constitui uma organização intensiva em conhecimento em que os processos são baseados no conhecimento e na habilidade intelectual dos profissionais; os profissionais operam com alto grau de autonomia; as estruturas são horizontais; as equipes operam de modo flexível e integradamente; a comunicação faz-se intensivamente para gerar coordenação; e existe notável assimetria de informação o que torna a relação com as pessoas usuárias baseada na confiança e sustentada por princípios éticos. Essa organização singular e complexa exige processos de gerência muito específicos que facilitem os mecanismos de troca e de geração de conhecimento^(234, 235). O PSF é uma organização que se gerencia, mas que, também, na proposta de RAS, coordena a atenção ao longo de todos os pontos de atenção à saúde, dos sistemas logísticos e de apoio.

Em geral a programação é feita com base na oferta e não nas necessidades da população. Disso decorrem dois problemas principais: um processo de territorialização que, nem sempre, permite cadastrar e vincular todas as famílias da área de adscrição a cada equipe de PSF, de forma a conhecer cada pessoa de cada família, por estrato de risco; e a utilização de instrumentos de programação da oferta que ignoram as necessidades de saúde da população. A programação da oferta assenta-se, fortemente, em parâmetros construídos a partir de séries históricas que nada têm a ver com as necessidades de saúde da população, mas a padrões de oferecimento de serviços fortemente pressionados por interesses de prestadores. Esse tipo de programação carrega, consigo, outra distorção, a de reproduzir padrões inadequados

ao longo de muitos anos. É o caso da longeva Portaria 1.101, de 2002, que tem origens inamptianas ⁽²³⁶⁾.

O instrumento mais importante de programação do SUS, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), é um sistema de planejamento da oferta, desconsidera a programação da APS e dos recursos estaduais e municipais e, na prática, funciona como instrumento de macro-alocação de recursos financeiros de atenção secundária e terciária, os tetos financeiros.

Um aspecto fundamental da gerência do PSF é a celebração de contratos de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde e as equipes de saúde. Isso é fundamental para que se institua uma gerência com base em resultados, com pagamento por desempenho. Esse aspecto tão fundamental na gerência da APS é pouco praticado pelos municípios brasileiros.

A carência de prontuários familiares eletrônicos dificulta a programação e o monitoramento com base populacional. O PSF não tem as condições necessárias para exercitar as funções de regulação dos procedimentos programados na atenção secundária e terciária e, dessa forma, não pode ser o centro de comunicação das RASs.

Por outro lado, a gerência faz-se com foco, quase exclusivo, nos meios: recursos humanos, materiais e financeiros. A gerência do PSF no SUS carece de instrumentos que, nas organizações de saúde, realmente fazem a diferença e que são as tecnologias de gestão da clínica ⁽²¹⁾. Essas tecnologias, derivadas das diretrizes clínicas, são muito complexas e não podem ser implantadas sem uma condução por uma gerência profissionalizada. Além disso, o sistema gerencial é muito centrado nos elementos estruturais, fazendo-se muito pouco em relação ao gerenciamento dos processos e dos resultados.

A concepção de atenção primária seletiva e a baixa institucionalização do PSF contaminam a dimensão gerencial das unidades de PSF. A gerência do PSF é uma atividade bastante complexa, especialmente quando se agrega o manejo adequado das condições crônicas. Além disso, uma unidade de PSF tem sob sua responsabilidade, em média, 3.500 pessoas, o que significa um contingente grande de cidadãos sob a responsabilização da saúde da família, para atendê-los e para coordenar a sua atenção em outros pontos das RASs. Não obstante, no SUS, uma pequena parte das unidades de PSF dispõe de uma gerência profissional em tempo integral. Apenas 19,5% das unidades possuem gerentes contratados exclusivamente para essa função. Esses valores são de 5,1% na Região Centro-Oeste e de 15,5% na Região Sul. Do total de gerentes, somente 38,7% tiveram alguma capacitação em gestão em saúde. Esses valores são de 24,8% nas Regiões Norte e Nordeste ⁽²²⁶⁾.

Tudo isso faz com que a função gerencial não se desenvolva profissionalmente ou que seja apropriada por outros membros da equipe, de forma improvisada, em geral pelo enfermeiro. Estudo feito em Minas Gerais mostrou que a função gerencial do PSF é exercitada por enfermeiros que consomem metade de sua carga de trabalho nesse trabalho, diminuindo o tempo de sua função clínica essencial ⁽²³¹⁾.

A FRAGILIDADE DO CONTROLE SOCIAL

Em geral, salvo algumas exceções, o controle social, exercitado por Conselhos Locais de Saúde ou inexistente, ou é muito frágil.

Mesmo em municípios que existem Conselhos Locais de Saúde, sua atuação faz-se de forma ineficaz por não contar com instrumentos efetivos de exercício do controle público sobre o PSF. Na ausência desses instrumentos, faz-se um controle cartorial sem a capacidade real de incluir, no cotidiano da gestão do PSF, as necessidades reais e os interesses da população adscrita às equipes de saúde da família.

A fragilidade dos Conselhos Locais de Saúde repercute nas Conferências Municipais de Saúde que, em muitos municípios, não se inicia pelo âmbito local, aquele que mais reivindica as questões do PSF. Mesmo onde as conferências locais existem elas aportam pouco devido ao baixo grau de capacidade institucional de controle público dos Conselhos Locais de Saúde.

OS PROBLEMAS EDUCACIONAIS

Os problemas educacionais são graves e manifestam-se na graduação e na pós-graduação.

Os graduandos das escolas de saúde não são formados para o exercício das funções de profissionais de saúde da família e comunidade. Ao contrário, dada a força do paradigma flexneriano nessas escolas, os alunos passam por uma formação com foco na especialização. É possível que uma das razões para isso seja a hegemonia do sistema de atenção à saúde, fragmentado e voltado para as condições agudas. A forma de estruturação desse sistema cria um contexto que leva a um currículo de graduação, também, fragmentado, com muitas disciplinas desconexas e focalizado em unidades de prática de atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, como os hospitais e os centros ambulatoriais de especialidades médicas.

A pós-graduação padece de muitos problemas: educação continuada fragmentada, fragilidade das estratégias educacionais que desconsideram os princípios da andragogia e baixa oferta de residências, de mestrados e de doutorados em saúde

da família e comunidade. É preocupante o fato de que menos de 10% dos médicos de família que atuam nas mais de 30 mil equipes de PSF fizeram residência em medicina da família e comunidade.

Os processos de educação permanente das equipes de PSF, na maioria das vezes, são realizados por atividades de curta duração, baseadas em intervenções isoladas e pontuais, utilizando metodologias centradas nos professores e com ênfase na transmissão de conhecimentos e separando intervenções educacionais e desempenho ⁽²³⁷⁾. Essas microintervenções educacionais são inefetivas e apresentam altos custos diretos e indiretos pelo tempo subtraído constantemente do trabalho dos profissionais nas unidades de PSF.

OS PROBLEMAS NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

A filosofia do PSF exige uma forte profissionalização das equipes de trabalho. Os profissionais devem ter dedicação integral e, por isso, ao optarem por trabalhar no PSF, mais que uma escolha de trabalho, fazem uma opção de vida. Portanto, é importante criar um ambiente de trabalho que seja adequado, e que envolva, dentre outras coisas, uma perspectiva de futuro com certa estabilidade. Ou seja, no PSF, planos de carreiras são fundamentais.

No PSF, a grande maioria dos profissionais de nível superior tem vínculos precários, especialmente pela via dos contratos temporários. Isso não somente corta a possibilidade de estabilidade como favorece as demissões e contratações políticas que geram um enorme *turnover* no PSF. No Brasil, verificou-se que 77,7% dos médicos e 46,7% dos enfermeiros tinham vínculos precários em que os direitos trabalhistas não eram assegurados ⁽²²⁶⁾. Em Minas Gerais, um censo apontou que mais de 70% dos médicos e enfermeiros do PSF, com vínculos com os municípios de menos de 500 mil habitantes, são contratados pela forma de contratos temporários ⁽²³²⁾. No Brasil, 41,7% dos médicos e 35,4% dos enfermeiros têm um tempo de trabalho de até 1 ano, o que indica o elevado *turnover* profissional ⁽²²⁶⁾. Em Minas Gerais, 46,7% dos médicos e 50,5% dos enfermeiros têm menos de 2 anos de trabalho no município e 29,7% dos médicos e 29,2% dos enfermeiros têm menos de 1 ano de trabalho no município ⁽²³²⁾. Isso é facilitado pela precarização dos vínculos que permite a um município substituir, muitas vezes, quase todos os membros das equipes por razões de ordem meramente política. Além disso, faz com que não haja planos de cargos e salários.

A remuneração mensal dos médicos de família é variável: até 5 salários mínimos, 23,5%; de 5 a 10 salários mínimos, 16,20%; de 10 a 15 salários mínimos, 33,8%; mais de 15 salários mínimos, 26,4%. Para os enfermeiros, a variação é de: até 5

salários mínimos, 32,0%; de 5 a 10 salários mínimos, 63,4%; de mais de 10 salários mínimos, 4,4% ⁽²²⁶⁾.

O mercado de trabalho dos profissionais do PSF é totalmente desregulado, já que um profissional pode negociar seu salário com muitos municípios. Isso permite que, por poucas centenas de reais, um profissional migre de um município a outro.

AS FRAGILIDADES DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O PSF opera, na sua grande maioria, com modelos de atenção à saúde viesados pelo sistema fragmentado, com forte orientação para as condições e para os eventos agudos. Mas mesmo a atenção às condições e aos eventos agudos carece de um modelo de atenção construído com base em evidências científicas e expresso em algum tipo de classificação de riscos.

Em geral, as propostas de redes de atenção às urgências e às emergências desconsideram, totalmente, a importância fundamental do PSF como ponto de atenção dessas redes. É a ausência de resolutividade da APS em situações de urgência que, em grande parte, leva à plethora de pessoas, sem urgências ou com urgências moderadas, nos grandes equipamentos ambulatoriais e hospitalares, contribuindo para as filas e para os corredores cheios de pessoas.

Por outro lado, há uma carência generalizada de uma reflexão e de uma operacionalização de modelos de atenção às condições crônicas, também desenvolvidos com base em evidências científicas e que sejam proativos, contínuos e integrados e que funcionem com a estratificação de riscos.

O SUBFINANCIAMENTO

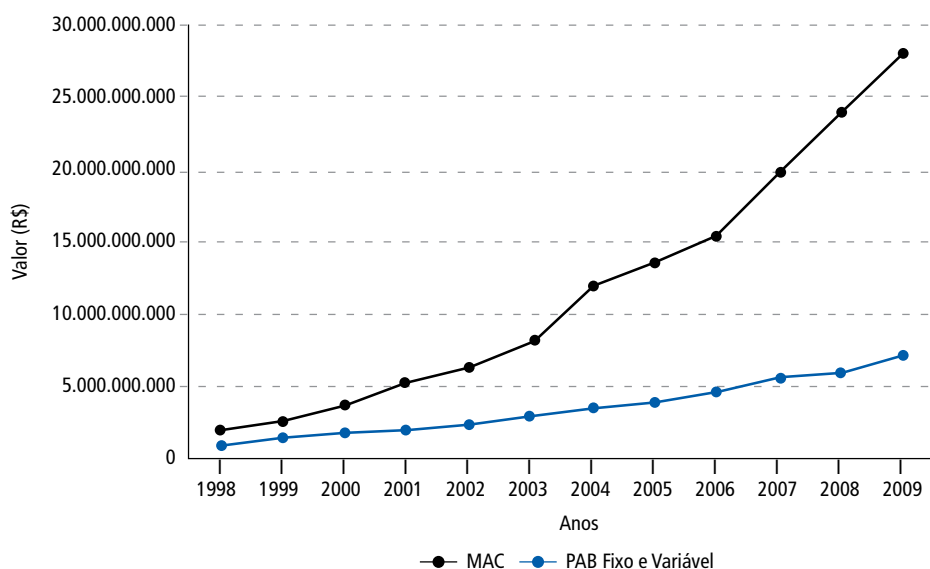
O subfinanciamento é uma marca central na problemática de financiamento do SUS, juntamente com a ineficiência alocativa e a iniquidade na distribuição dos recursos financeiros.

Os recursos que se alocam ao SUS são insuficientes para sustentar um sistema público universal. Os gastos públicos em saúde atingiram, em 2008, 3,6% do PIB, em razão do baixo percentual de gasto público em relação ao gasto total em saúde, apenas 44,0%. Nos países que dispõem de sistemas públicos universais, tais como o previsto na Constituição brasileira, esse valor é sempre maior de 70%. Os gastos públicos *per capita* em saúde foram, em dólar médio, de US\$ 317,00 e, em dólar com paridade de poder de compra, de US 385,00. É um valor muito baixo, mesmo quando comparado com países como Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba e México ⁽²³⁸⁾.

Esse subfinanciamento do SUS manifesta-se no PSF, justificado, também, pela visão ideológica da atenção primária seletiva que propõe uma atenção de baixos recursos para pessoas e regiões pobres.

A insuficiência dos recursos do SUS convive com uma situação de ineficiência alocativa e que, por consequência, força um desvio relativo dos recursos para a atenção secundária e terciária. A eficiência dos sistemas de atenção à saúde depende de uma alocação equilibrada em seus diversos componentes, tendo como parâmetro a efetividade em função dos custos. A opção pelas RASs implica equilibrar as ações e os gastos entre todos os componentes dessas redes para que haja uma eficiência alocativa. Em 2009, os gastos do Ministério da Saúde com as ações de "médias e altas complexidades" foram de 25,5 bilhões de reais, o que correspondeu a 40,3% do gasto total do Ministério da Saúde; por outro lado, os gastos na APS foram de 8,5 bilhões de reais, o que significou, apenas, 13,5% do total de gastos no ano ⁽²³⁹⁾. Ademais, os gastos em APS, analisados por meio de uma *proxy*, os gastos nos PAB fixo e variável – que são mais custo-efetivos –, no Ministério da Saúde, estão se distanciando progressivamente, ao longo dos últimos anos, dos gastos em média e alta complexidades, conforme se vê no Gráfico 7. Isso demonstra a ineficiência alocativa dos recursos do Ministério da Saúde.

Gráfico 7: Evolução dos recursos investidos pelo Ministério da Saúde na média e alta complexidades e nos PAB fixo e variável, Brasil período 1998 a 2009



Fonte: Diretoria de Atenção Básica/Ministério da Saúde ⁽²⁴⁰⁾

Os recursos do Ministério da Saúde com a APS perderam, ao longo do tempo, seu caráter de incentivo para o desenvolvimento dos cuidados primários. Estima-se que o PAB fixo, fixado em R\$ 12,00 por habitante/ano, em setembro de 1996, se atualizado monetariamente pelo IGPM/FGV, corresponderia a R\$ 40,16, muito mais que R\$ 18,00 a R\$ 23,00, vigentes em dezembro de 2010 ⁽²⁴¹⁾. O constrangimento dos recursos federais obriga os municípios a arcarem com os custos crescentes da APS, especialmente de custeio, já que esses valores cobrem menos de 25% dos gastos com as equipes de PSF. Pode-se afirmar que praticamente cessaram os efeitos de incentivo do financiamento federal para que os municípios adotem o PSF, o que é muito grave.

O mesmo se passa com recursos repassados por algumas Secretarias Estaduais de Saúde para o custeio do PSF que não são atualizados, pelo menos, pelos índices inflacionários. Esse é um sistema de financiamento perverso que vai, ao longo do tempo, pressionando os gastos municipais.

A ineficiência alocativa manifesta-se, também, no plano estadual. Os gastos das Secretarias Estaduais de Saúde com APS são, em geral, bem menores, em termos percentuais, que os do Ministério da Saúde. Em algumas delas, não atingem 5% de seu orçamento. Em certas Secretarias Estaduais de Saúde vige um posicionamento estratégico equivocado de que os cuidados primários não constituem uma função essencial dessas Secretarias que deveriam se preocupar, exclusivamente, com as ações de atenção secundária e terciária.

Outro exemplo típico de ineficiência alocativa é o gasto público municipal em saúde nos pequenos municípios. Há um forte dispêndio de recursos municipais para o financiamento de hospitais de pequeno porte que, em função de deseconomias de escala, são muito caros e que não são efetivos, nem operam com qualidade. Em 2001, 55,3% das internações hospitalares em hospitais de até 30 leitos, no SUS, foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial ⁽⁶⁰⁾. Se esses recursos fossem dirigidos ao PSF poderiam produzir muito mais resultados sanitários a baixos custos. Essa ineficiência alocativa nos pequenos municípios tem como base os elementos ideológicos provenientes dos sistemas fragmentados, voltados para as condições e eventos agudos e que se estruturam com base na visão do agudo com foco no hospitalocentrismo. O importante, em função da visibilidade política, é ter um hospital, ainda que ele não tenha as condições para operar como tal, com eficiência, segurança e qualidade e de gerar valor para a população que, ao fim e ao cabo, o financia. Alguns grandes municípios, também, gastam relativamente pouco na APS. É o caso do município do Rio de Janeiro que, em 2009, gastou 80% de seus recursos nos hospitais e, apenas, 13% na APS ⁽²⁴²⁾.

Do ponto de vista redistributivo as transferências federais e estaduais, em geral, não obedecem a padrões que discriminem positivamente os municípios mais pobres, o que é socialmente injusto.

UM OITAVO CICLO DE DESENVOLVIMENTO DA APS NO BRASIL: O CICLO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

O ciclo da atenção básica à saúde, o sétimo ciclo de evolução da APS no SUS, esgotou-se pela persistência dos problemas enunciados e não superados, mas não pelo fracasso do modelo do PSF. Por consequência, há que se instituir um oitavo ciclo que se pode denominar de ciclo da atenção primária à saúde.

A proposta de um ciclo que se denomine de atenção primária à saúde ao invés de atenção básica vai além de uma opção semântica porque propõe uma nova forma de estruturar a APS como uma estratégia de organização do SUS. Não obstante, a expressão atenção primária à saúde refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde, o atributo mais fundamental da APS. A palavra básica não significa esse atributo essencialíssimo da APS. Além disso, aproximaria a denominação brasileira do que é regra em todo o mundo.

O ciclo da atenção primária à saúde que expande o entendimento da APS, tem a sustentá-lo um mandamento legal, contido no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS, que faz uma clara opção por uma APS como estratégica de reordenamento do SUS⁽²⁴³⁾. Esse Decreto Presidencial coloca a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde (Art. 5º), diz que a APS é uma porta de entrada da RAS (Art. 9º), define que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas deve ser referenciado pela APS (Art. 10) e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Art. 11).

O novo ciclo da atenção primária à saúde se caracterizará, além da significação semântica, pela consolidação definitiva, no plano paradigmático, da estratégia de saúde da família (ESF). Isso representará uma saída para frente e, não, uma substituição ou flexibilização do PSF que traz, consigo, os perigos do retrocesso. Como se viu na revisão bibliográfica, é esse o caminho que os países de sistemas de atenção à saúde mais

maduros estão procurando. Essa é a via que os organismos internacionais da saúde, regional e mundial, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, estão indicando em seus mais recentes documentos de posição ^(64, 94).

Consolidar a ESF significará construí-la, verdadeiramente, a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política da APS no SUS, fundada no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RASs. Além disso, implicará a instituição de uma nova agenda para a APS que estará centrada na superação dos problemas que determinaram as limitações do PSF e levaram ao esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde.

Não é uma solução fácil, presidida pelo senso comum, como querem muitos gestores e profissionais de saúde, a grande mídia e a maior parte da população. Mesmo porque a APS é um problema complexo e problemas complexos não se solucionam com soluções simples e rápidas. Muito menos com soluções-espetáculo que são do gosto de muitos políticos e gestores. Ao contrário, os problemas complexos exigem soluções complexas, sistêmicas, demoradas e, nem sempre, baratas.

Tomem-se as percepções da população sobre os problemas do SUS e suas soluções que se baseiam num diagnóstico impressionístico e, em razão disso, na proposição de soluções falaciosas. Para a população brasileira, a solução para os centros e postos de saúde estaria, para 47,0%, em aumentar o número de médicos e, para 15,5% em reduzir o tempo de espera do atendimento ⁽¹⁷⁹⁾. Essas percepções são legítimas, mas por serem simplórias, distanciam-se de um entendimento mais aprofundado do problema que se pode manifestar, sim, por dificuldade de acesso aos médicos e demoras no atendimento, o que é imediatamente ligado, na visão medicocêntrica prevalecente, à carência de médicos.

O problema é mais amplo que carência de médicos, ainda que esse fator esteja presente em várias situações. Esse problema identificado pela população brasileira liga-se a um conjunto de fatores associados como a concepção ideológica da APS, a infraestrutura inadequada, o modelo de atenção centrado na condição e nos eventos agudos, a ausência de equipe multiprofissional, a inadequação dos processos educacionais dos profissionais de saúde, o modelo de atenção inadequado, a precarização das relações de trabalho, a fragilidade do sistema gerencial, a ausência de sistemas de informações clínicas potentes etc. Uma atuação política guiada pela percepção da população e centrada na oferta de consultas médicas, o que é mais comum, não solucionará o problema, podendo, mesmo, agravá-lo e tornar o sistema de atenção à saúde mais caro. Seria o caso de uma opção política pela abertura indiscriminada de UPAs não integradas nas redes de atenção às urgências e às emergências.

Somente uma agenda ampla que dê conta de superar todos os fatores anteriormente diagnosticados como causas dos problemas do PSF no SUS, em seu conjunto, poderá institucionalizar a ESF e inaugurar um novo ciclo evolutivo, o ciclo da atenção primária à saúde. A atuação sobre um, ou sobre alguns poucos desses problemas, não permitirá estruturar uma ESF efetiva, eficiente e de qualidade. Nos problemas sociais complexos como os da APS não há soluções mágicas e rápidas, mas visão estratégica, trabalho de longo prazo e constância de propósitos.

O sentido da agenda deve ser positivo e progressista. Valorizando as enormes virtudes do PSF, reconhecendo suas limitações e tendo claro aonde se quer chegar. Nesse sentido, pode-se afirmar, usando uma paráfrase: a ESF não é um problema sem soluções; a ESF é uma solução com problemas.

A agenda estratégica de implantação do ciclo da atenção primária à saúde e de consolidação da ESF tem vários pontos de ação que devem ser implantados por meio de um plano estratégico como ações nos curto, médio e longo prazos.

A DIMENSÃO POLÍTICA DA ESF

O movimento pela institucionalização da ESF deve ser entendido em sua dimensão política como parte de propostas de concepções distintas de sistemas de atenção à saúde.

Uma ESF forte significa a ruptura com os modelos de atenção à saúde fragmentados, fortemente centrados nos procedimentos de maior densidade tecnológica que são sobreofertados em função da ausência de uma APS de qualidade que coordene toda a RAS. Portanto, há que se ter claro que o fortalecimento da ESF pode conflitar com os interesses dos atores sociais mais bem posicionados na arena sanitária e que detêm a maior fatia de poder na arena política da saúde. Nesse sentido, a institucionalização da ESF, como forma mais adequada de fortalecimento da APS no SUS, deve ser vista como um movimento que tem uma nítida conotação de luta política.

A destituição da ESF como lugar de atenção resolutiva e coordenadora dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, ao longo de toda a RAS, gera um produção social de complicações potencialmente evitáveis que são deficiências nos cuidados à saúde que podem ser prevenidas por meio de um sistema com ênfase em ações promocionais e preventivas e que oferte uma atenção proativa, contínua e integrada, sob a coordenação da APS. Nos Estados Unidos, verificou-se que 40 centavos de cada dólar gasto nos cuidados de condições crônicas e 20 centavos de cada dólar gasto nos cuidados de condições agudas eram complicações evitáveis da atenção à saúde, um desperdício enorme de recursos e uma imposição desnecessária

de sofrimento à população ⁽²⁴⁴⁾. Uma organização que reúne líderes de saúde naquele país afirma: *"Quando se considera que 30% a 40% de cada dólar gasto na atenção à saúde, mais de meio trilhão de dólares por ano, é despendido em custos associados a cuidados desnecessários, inefetivos e, até mesmo, inseguros, não é surpresa que os líderes da saúde estejam buscando novas soluções"* ⁽²⁴⁵⁾

É preciso ter claro que esse sistema gerador de complicações potencialmente evitáveis, se não serve aos interesses da população que é atendida, gera valor econômico para os grandes prestadores, para a indústria farmacêutica, para a indústria de equipamentos biomédicos e para os sistemas privados de saúde suplementar e de desembolso direto. Uma atenção falha, especialmente nos cuidados primários, é um fator importante para a utilização de procedimentos de "alta complexidade", como oferta de *stents*, de órteses e próteses, de transplantes, de medicamentos de alto custo etc. É claro que não se afirma, aqui, que esses procedimentos não se justificam quando bem indicados, com base em evidências científicas; nesses casos eles são efetivos e devem ser utilizados.

A institucionalização da ESF deve ser entendida nessa perspectiva, dentro de interesses econômicos e de poder que se manifestam no interior da arena sanitária. Isso significa que a proposta de institucionalização da ESF não tem uma dimensão exclusiva de racionalidade técnica, mas de luta política entre atores com interesses e objetivos muito distintos.

A MUDANÇA IDEOLÓGICA: A ESF COMO COORDENADORA DE RAS E ORGANIZADORA DO SUS

No plano ideológico há que se superar, definitivamente, as visões de atenção primária seletiva e de nível de atenção, consolidando a ESF como a estratégia fundante e de organização do SUS. Isso significará entender a ESF como parte e como centro de comunicação das RASs, exercitando os atributos essenciais e derivados da APS e as funções de resolutividade, de comunicação e de responsabilização. Ou seja, é necessário dar consequência ao discurso oficial da APS como uma estratégia de saúde da família.

No campo da mudança ideológica é importante estar atento aos ensinamentos do Relatório Beveridge. Uma reinterpretção contemporânea desse pensamento beveridgeano à realidade brasileira foi feita por Gérvas e Fernández, ao analisarem a experiência de saúde da família no SUS: *"O erro está na falta de desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico da ESF, ancorada em um modelo para país pobre por mais que hoje o Brasil seja uma potência econômica mundial...uma ESF só para pobres termina sendo uma ESF pobre"* ⁽²⁴⁶⁾.

A concepção da ESF, verdadeiramente como a estratégia de reordenamento do SUS e como centro de comunicação das RASs, é fundamental para que os demais problemas sejam superados porque permitirá dar prioridade à APS no SUS. Ademais, a mudança ideológica é importante para o incremento da valorização social e política da ESF pelos diferentes atores sociais presentes na arena sanitária.

A consolidação da ESF só ocorrerá se houver um entendimento amplo de que um país que é a sexta economia do mundo necessita ousar mais no seu sistema público de atenção à saúde, construindo instituições modernas e coerentes com o seu desenvolvimento econômico e social. E ousar mais ainda na estruturação de uma ESF forte. Mesmo porque a ESF é um poderoso instrumento de inclusão social de cidadãos portadores de direitos universais à saúde.

UM NOVO PACTO FEDERATIVO NA ESF

A institucionalização da ESF como uma estratégia de organização do SUS vai convocar um novo pacto federativo na atenção à saúde.

Ainda que a prestação de serviços da APS seja uma responsabilidade inequívoca dos municípios, a consolidação da ESF é uma tarefa que exigirá um esforço conjunto dos três entes federados. Isso decorre da própria natureza do federalismo sanitário brasileiro que é de tipo cooperativo, o que significa que a trina federativa é responsável por todas as ações do SUS, independentemente de onde se dêem, o que faz da ESF uma responsabilidade solidária da União, dos estados e dos municípios⁽²¹⁾.

A trina federativa deve definir uma agenda pactuada de atuação para a consolidação da ESF. A partir dessa agenda caberá aos municípios a normatização, em seu âmbito, e o planejamento, a execução, o monitoramento e avaliação da ESF e seu co-financiamento. À União caberá, em âmbito nacional, a normatização, o monitoramento e avaliação e o co-financiamento, com caráter redistributivo entre os estados da federação. Aos estados caberá a normatização em âmbito estadual, o monitoramento e avaliação e o co-financiamento, com caráter redistributivo entre as regiões estaduais.

Como o Brasil é um país grande e desigual e os municípios, responsáveis pela oferta dos serviços da ESF, são muito diferentes em tamanho e em desenvolvimento social e econômico, caberá à União e aos estados, solidariamente, garantir padrões de qualidade para o PSF, especialmente em termos de estrutura e processos, a serem praticados em todos os municípios brasileiros, co-responsabilizando-se, financeiramente, pela materialização desses padrões. Isso é uma imposição fundamental do federalismo cooperativo que não está sendo cumprida integralmente no SUS. Na

prática significa que em todos os municípios brasileiros, independentemente de tamanho, renda ou localização, esse padrões qualitativos devem ser obedecidos.

O FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL DA ESF

Para que a APS funcione como uma estratégia de organização do SUS haverá que empoderá-la institucionalmente nas organizações de saúde pública. Isso exigirá um fortalecimento institucional das instâncias responsáveis pela APS no Ministério da Saúde (MS), nas Secretarias Estaduais de Saúde (SEs) e nas Secretarias Municipais de Saúde (SMSs).

No MS o fortalecimento passará por um incremento dos recursos financeiros destinados à APS, o que é fundamental para aumentar a eficiência alocativa do SUS.

As SEs deverão se convencer de que não haverá ESF efetiva, eficiente e de qualidade, sem uma ação coordenadora das SEs nos estados. O MS não tem recursos de coordenação e capilaridade para estar presente em todos os municípios do país; essa é uma tarefa inquestionável das SEs. Não é desejável, como ocorre frequentemente, que a coordenação da ESF continue localizada no quarto ou quinto escalão administrativo das SEs, com baixo poder político, orçamento insuficiente e sem instrumentos eficazes de coordenação e co-financiamento das políticas de cuidados primários no âmbito estadual.

Por fim, haverá que fortalecerem institucionalmente as coordenações da ESF nas SMSs para que elas possam dispor de instrumentos políticos e operacionais para fazer as mudanças radicais que o ciclo da atenção primária à saúde convoca. Um bom exemplo é o da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro que, ao definir as Clínicas de Saúde da Família como sua prioridade estratégica, criou uma Subsecretaria específica para implementá-las.

Há que se buscar meios de avançar no processo de institucionalização da ESF nos diferentes espaços: espaço político, espaço dos sistemas de atenção à saúde, espaço educacional, espaço corporativo e espaço da representação da população.

A institucionalização no espaço político representará a presença, no discurso e na vontade política, de forma inequívoca, da ESF; nele se estabelecerá a dimensão em que a ESF está incorporada ao discurso e à prática política, tanto no legislativo quanto no executivo, nos diferentes níveis federativos.

A institucionalização no espaço do sistema de atenção à saúde significará a inserção da ESF, verdadeiramente, como estratégia, na constituição das RASs,

organizando-se segundo os sete atributos da APS e cumprindo as funções de resoluibilidade, coordenação e responsabilização.

A institucionalização no espaço educacional implicará reorientações significativas do sistema educacional no sentido de formar, reformar e/ou manter os profissionais de saúde em função da ESF. Aqui se estabelece o grau de coerência dos sistemas educacionais formais e dos sistemas de educação permanente com os princípios, a ideologia e os recursos cognitivos e tecnológicos da ESF.

A institucionalização no espaço corporativo exigirá a estruturação e a ocupação de espaços nas corporações de saúde pelos profissionais de saúde da família e comunidade. Aqui se está diante da solidez da organização corporativa dos profissionais da saúde da família e comunidade e do capital de respeito, entre os seus pares, que conseguirão acumular.

A institucionalização no espaço da representação populacional definirá a profundidade da incorporação da ESF como valor societário. Aqui se buscará estabelecer em que medida a população reconhece positivamente a saúde, adota medidas preventivas, valoriza a atenção contínua a condições crônicas sob a coordenação da equipe da ESF, reconhece-se como sujeito de sua saúde e adota as práticas de autocuidado.

A EXPANSÃO DA ESF

A ESF deverá ser expandida dos 51,6% de cobertura atual para atingir 75% de cobertura da população brasileira, nos próximos anos. Essa meta se justifica em função de que há, no Brasil, em torno de 25% de cobertura por planos privados de saúde.

Contudo, quando se analisa a cobertura da ESF, verifica-se que ela não é homogênea, em função mesmo de sua concepção ideológica de atenção primária seletiva que a concentra, relativamente, em municípios e em regiões mais pobres. Ou de uma baixa adesão de estados da federação que têm maior cobertura de saúde suplementar e que tendem a não dar a prioridade devida à ESF.

Assim, a expansão da ESF deverá fazer-se de forma a completar a cobertura dos municípios de até 50 mil habitantes, em que mais se expandiu, em todas as regiões do país, mas ter um foco especial para municípios médios e grandes, também em todos os estados da federação. Para isso, será necessário recalibrar os incentivos para que se torne atrativa essa expansão da ESF. Isso implicará canalizar os recursos financeiros da União e dos estados para o aumento da cobertura com qualidade e para a conversão do modelo tradicional no modelo da ESF. Especialmente nesses municípios médios e grandes, deverá ser buscado, num segundo momento, um incremento da ESF para

atingir setores de classe média, especialmente da nova classe média, que, incluídos no SUS, aumentariam a capacidade de vocalização política da ESF.

Ganhar setores de classe média é fundamental para se incrementarem os recursos do SUS como sustentam as evidências internacionais. O SUS tem condições melhores que o setor de saúde suplementar para oferecer sistemas de atenção à saúde, organizados pela ESF, já que os cuidados primários, com raríssimas exceções, não entraram, verdadeiramente, na agenda do setor privado nacional. Por exemplo, uma estratégia de conquistar segmentos da classe média está sendo conduzida pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte ao expandir os serviços da ESF a populações de baixa vulnerabilidade social.

A MELHORIA DA INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES DA ESF

Esse é um ponto fundamental, simbólica e operacionalmente.

Simbolicamente, é uma infraestrutura física ampla e funcional que permitirá romper com a representação dos "postinhos de saúde" que é decorrência da visão de uma ESF pobre para pessoas e regiões pobres. A população pode ser pobre, mas não valoriza "postinhos de saúde" pequenos, pouco cuidados e sem condições infraestruturais para dar suporte a uma ESF confortável e de qualidade. A ambiência física é um fator essencial para uma atenção à saúde feita segundo os princípios da humanização do cuidado. Há experiências bem-sucedidas da ESF, até mesmo em municípios muito pobres, que mostraram que se pode fazer uma revolução nos cuidados primários a partir de uma intervenção de ruptura na infraestrutura das unidades ⁽²⁴⁷⁾.

Operacionalmente, porque uma ESF de qualidade exige condições estruturais adequadas.

Haverá que se normatizarem padrões nacionais e/ou estaduais de infraestrutura física para a ESF que poderão ser adaptados às diferentes realidades regionais, sem prejuízo das exigências estruturais para uma ESF de qualidade. Esses padrões deverão garantir a infraestrutura necessária para a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, como espaços de atendimento para outros profissionais a serem introduzidos nas equipes multiprofissionais da ESF e dispor de uma sala multimeio, ampla e bem equipada, para o desenvolvimento de ações de grupos.

Um bom exemplo é o espaço saúde das unidades de APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba que se constitui de uma sala de mais de 60 metros quadrados com todas as condições para desenvolvimento de trabalhos de grupos, o que inclui

uma cozinha para oficinas de reeducação alimentar, escovódromos etc. Na Figura 4 mostra-se um espaço saúde de uma Unidade da ESF em Curitiba.

Figura 4: O espaço saúde na Unidade de Saúde Alvorada da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba



A infraestrutura física deverá garantir padrões mínimos para que a ESF opere o modelo de atenção às condições agudas, o que significa ser resolutivo na atenção aos portadores de urgências menores e para estabilização de pessoas em situações de maiores riscos.

Por motivos de economia de escala, os padrões devem ser feitos, principalmente, para unidades de uma a três equipes da ESF (unidades tipo 1, tipo 2 e tipo 3), obedecidos os critérios de acesso pronto e confortável da população. Em áreas urbanas muito adensadas demograficamente podem ser definidos padrões para mais de três equipes por unidade. Por exemplo, as unidades de APS mais recentes da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, para três equipes, têm em torno de 550 metros quadrados de área, mas, há, também, unidades de mais de 800 metros quadrados.

É fundamental que as construções obedeçam aos critérios da sustentabilidade ambiental constituindo edifícios verdes da ESF, o que significa reaproveitamento de água, aquecimento solar etc. As Clínicas de Família da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro são construídas obedecendo-se a alguns parâmetros de sustentabilidade como iluminação natural e reaproveitamento da água.

Os ambientes físicos devem ser humanizados, provendo acolhimento e personalização, amplos, arejados, coloridos e em que haja plantas e flores ⁽²⁴⁶⁾.

Uma meta a ser alcançada, o mais rápido possível, será a de zero ESF em casas alugadas no SUS.

Os recursos para o financiamento da infraestrutura física deverão vir de um fundo instituído, em cada estado da federação, com 50% de recursos federais e 50% de recursos estaduais. As emendas parlamentares federais e estaduais serão consideradas nesse mecanismo de financiamento. Há duas razões para isso: uma, os municípios deverão concentrar seus recursos no custeio da ESF e, outra, a construção de edifícios segundo padrões nacionais adequados deverá ser uma atribuição dos governos nacional e estaduais, como parte da política de garantia de padrões mínimos de qualidade da ESF, em todo território brasileiro. Deve-se ressaltar que os recursos federais de investimento do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes da ESF, previstos no PAC 2, são da ordem de 1,7 bilhões para a construção de 8.694 unidades nos próximos 3 anos ⁽²¹⁷⁾.

A reinterpretção dos padrões nacionais, do ponto de vista arquitetônico, pode ajustar-se às características peculiares de municípios como as cidades históricas, as unidades de atenção às populações indígenas etc.

Para que esse processo de melhoria da infraestrutura da ESF, seja feito de forma racional, haverá que exigir, de cada município, ao apresentar-se ao fundo nacional/ estadual para obtenção de recursos, que apresente um plano municipal completo de infraestrutura da ESF, construído segundo a territorialização vigente e com os princípios da escala econômica e do acesso. Essa foi uma experiência desenvolvida pelo Plano Diretor da APS pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

O ADENSAMENTO TECNOLÓGICO DA ESF

A ESF deverá ser adensada tecnologicamente para que possa cumprir com os atributos e as funções de uma estratégia de organização do SUS. Aqui, como na infraestrutura física, deve-se romper com a visão ideológica da atenção primária seletiva.

O fundamental é que se deverão garantir todas as tecnologias sanitárias, sustentadas por evidências científicas, e que estejam inseridas nas diretrizes clínicas da ESF. Um trabalho fundamental, que deverá ser realizado pelo MS e SESs, é a elaboração e difusão das diretrizes clínicas referentes aos programas prioritários da ESF.

Uma ESF consolidada não é compatível com o arsenal exíguo de medicamentos e de exames laboratoriais e de equipamentos médicos, nem sem sistemas de informação clínica adequados. Num relatório promovido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), experientes médicos de famílias espanhóis propuseram a incorporação, na ESF, de tecnologias como: tiras de urina, optotipos, eletrocardiógrafo, espirômetro, oftalmoscópio, câmara digital para fotografia da retina, limpeza de cera dos ouvidos, biópsias de pele, carrinho de emergência, *notebook* para os ACSs, lavagem de mãos em todos os ambientes, telefone e internet ⁽²⁴⁶⁾.

O adensamento tecnológico envolverá, também, tecnologias leves com forte conteúdo em cognição que não têm sido ofertadas, rotineiramente, pela ESF, como, por exemplo, tecnologias do campo da psicologia relativas às mudanças de comportamentos das pessoas usuárias e o autocuidado apoiado.

Todos os medicamentos, exames e equipamentos referidos pelas diretrizes clínicas deverão estar disponíveis para a ESF. Isso não significará que todos os equipamentos ou exames sejam realizados na unidade de ESF, mas que poderão ser acessados, de forma pronta e segura, pelas pessoas usuárias. Nesse sentido, os exames laboratoriais de patologia clínica deverão ser colhidos na própria unidade da ESF e deverão, em geral, por motivos de economia de escala e qualidade, ser processados em laboratórios centralizados segundo uma escala ótima de exames, cuidando-se de organizar, adequadamente, a fase pré-analítica de coleta e de logística. Alguns exames de apoio diagnóstico essenciais na APS, como eletrocardiograma, poderão ser feitos, em cada unidade da ESF, diretamente ou por meio de teleassistência, com laudo à distância.

O adensamento tecnológico do PSF implicará a existência de conectividade de internet, o que parece estar previsto no Plano Nacional de Banda Larga do Governo Federal. A experiência do TeleMinas Saúde, em Minas Gerais, é um caso bem-sucedido da possibilidade de adensar tecnologicamente a ESF, com eficiência, com grande conforto para as pessoas e com apoio efetivo aos profissionais da equipe de saúde, realizando os eletrocardiogramas e provendo segunda opinião de médicos de família e de especialistas a mais de 1.500 unidades da ESF, em mais de 600 municípios ⁽²⁴⁸⁾.

O FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE APOIO DIAGNÓSTICO

O sistema de apoio diagnóstico deverá ser fortalecido para que possa dar sustentação a uma clínica de qualidade na ESF. Esse movimento é parte, também, do adensamento tecnológico da ESF e constitui um importante elemento para dar resolubilidade à APS, contribuindo, conseqüentemente, para uma melhor avaliação da população em relação aos cuidados primários. As pessoas passarão a compreender

que na unidade da ESF farão a coleta do material e terão, ali mesmo, os resultados dos exames.

Nesse sentido, o fortalecimento do sistema de patologia clínica é fundamental, o que passa por um processo de mudança radical em sua organização e operação. Certamente, parte dessa mudança, no que concerne à fase analítica, transpõe os limites da APS, mas terá fortes repercussões nesse nível porque é, nele, que se oferta a maior parte dos exames.

A mudança do sistema de patologia clínica deverá ser realizada na perspectiva das RASs, como um elemento dos sistemas de apoio, estruturado de forma transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde ⁽²¹⁾.

A base da reorganização do sistema de patologia clínica será a definição da carteira de exames de patologia clínica a ser utilizada na ESF para dar sustentação a uma clínica de qualidade. Essa carteira de exames deverá vir das diretrizes clínicas da ESF.

A partir da carteira de exames, deverão ser elaborados os protocolos clínicos dos exames laboratoriais que devem destacar os principais aspectos relacionados às indicações clínicas do exame; ao preparo do paciente; aos cuidados com coleta e manuseio da amostra biológica; aos principais fatores pré-analíticos e interferentes; aos métodos mais utilizados para a realização dos testes; aos critérios para interpretação do resultado; e aos comentários do patologista clínico. Esse passo é importante para qualificar a indicação e solicitação, processo fundamental na fase pré-analítica, e para orientar os profissionais na interpretação dos resultados e na terapêutica. A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, em conjunto com o Departamento de Propedêutica Complementar da Faculdade de Medicina da UFMG, elaborou os protocolos clínicos da APS no estado, num total de 100 exames.

Com base nas linhas-guia da ESF, deverá ser instituído um novo modo de programar a assistência laboratorial que não será pelo modelo de oferta vigente no SUS e que, em geral, utiliza-se de cotas por unidade. Haverá que se implantar uma programação de base populacional. Dessa forma, a partir dos protocolos clínicos dos exames laboratoriais e das planilhas de programação derivadas das linhas-guias que estabelecem os parâmetros populacionais para cada tipo de exame, far-se-à a programação das necessidades da população em patologia clínica. Por exemplo, a linha-guia diz que cada gestante de risco habitual deverá fazer X exames, segundo tipo, durante seu período gestacional. A programação será feita multiplicando-se o número de gestantes adscrita a cada equipe da ESF por X, o que gera o total daquele exame naquela equipe no ano. O monitoramento será feito sobre essa programação de base populacional. O resultado será o fim do modelo de programação da oferta,

fortemente ancorado em parâmetros de séries históricas, gerador de ineficiências e inefetividades. E, também, o fim do sistema de cotas por unidades que é o resultado de uma programação de oferta.

O sistema de patologia clínica deverá ser reconstruído com base nos fundamentos das RASs, conjugando, dialeticamente, escala, qualidade e acesso e se distribuindo, otimamente, pelos territórios locais, microrregionais e macrorregionais, de acordo com sua densidade tecnológica e com a disponibilidade de recursos para operá-lo. Esse movimento de reorganização implicará uma centralização das unidades de processamento dos exames, a descentralização da coleta de material para todas as unidades da ESF e uma ligação entre dessas duas pontas por meio de um sistema logístico eficaz.

Nos últimos anos, a dinâmica operacional dos laboratórios de patologia clínica apresentou mudanças marcadas por: automação dos processos analíticos com aumento da precisão, exatidão e segurança para a realização de exames laboratoriais; informatização dos processos pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos; ampliação da capacitação de recursos humanos (médicos, biomédicos, bioquímicos e técnicos); necessidade de conformidade dos processos pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos com requisitos legais que passaram a regulamentar o setor; e implantação de programa de gestão da qualidade ⁽²²⁹⁾.

Esse modelo de organização permitirá aumentar a eficiência e a qualidade do sistema de apoio diagnóstico. Uma simulação realizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais mostrou que o custo médio unitário do exame de patologia clínica, no SUS, foi de R\$ 4,11; se a escala de exames processados passasse a 23 mil exames/ano por laboratório, esse custo poderia baixar para R\$ 2,06; se passasse a 50 mil exames/ano por laboratório poderia ter um valor inferior a R\$ 1,90. Por outro lado, as relações entre escala de procedimentos em laboratórios e qualidade estão bem estabelecidas. Isso significa que com o mesmo dinheiro que se gasta no SUS, aumentando a escala de processamento, poderia se fazer duas vezes ou mais exames ⁽²⁴⁹⁾.

Um bom exemplo de organização do sistema de patologia clínica como suporte da APS é o da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba relatado no Boxe 1.

Boxe 1: O sistema de patologia clínica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

O Laboratório de Patologia Clínica da SMS de Curitiba consolidou-se em 1996, tendo sido unificado em 1986 e expandido em 1993, para concentrar, numa única unidade central, o processamento de todos os exames do município.

Essa nova estrutura trouxe consigo novos objetivos como a maior satisfação das pessoas usuárias das unidades de saúde, melhores condições de trabalho para os profissionais, obtenção de dados epidemiológicos, armazenamento de informações que se transformam em instrumentos gerenciais, ampliação da resolutividade do sistema municipal de saúde e ganhos de escala articulados com melhoria da qualidade.

O sistema de patologia clínica de Curitiba estrutura-se num desenho que concentra o processamento, descentraliza a coleta e liga essas duas pontas por meio de uma logística eficaz. A coleta de exames é descentralizada em 104 unidades de APS e o processamento centralizado em um único laboratório. O deslocamento da pessoa usuária para o exame resume-se na distância entre sua residência e a unidade de saúde em que fez a consulta, geralmente localizada em seu bairro. Esse procedimento reforça, na comunidade, a ideia de que na sua unidade existe alto grau de comprometimento com a resolução dos agravos à saúde.

A coleta de exames é feita diariamente pela manhã. As unidades de saúde têm duas horas e meia, em média, para efetuarem as coletas agendadas, inclusive para a realização da curva glicêmica de dois pontos, exame que integra o protocolo de atendimento às gestantes. Todas as amostras biológicas coletadas são organizadas em sacolas plásticas, de acordo com o tipo de exame. Essas embalagens são acondicionadas em uma caixa térmica, que será recebida pelo setor de distribuição do laboratório central.

No mesmo momento em que recolhe as amostras biológicas das unidades de saúde, o motorista já entrega os insumos para a coleta da manhã seguinte. A reposição de insumos de coleta é feita diariamente pelo laboratório central que emite um relatório da quantidade de frascos de coleta utilizados no dia e monta um kit para encaminhamento na manhã seguinte pelo transporte que irá buscar os exames coletados. As amostras biológicas são identificadas por código de barras, mecanismo que permite a utilização de tubos primários e, juntamente com os interfaceamentos dos equipamentos de processamento de exames com o sistema de informática do laboratório, resulta na otimização do processamento dos exames e maior segurança na emissão de laudos.

Desde 1992, o transporte das amostras entre as unidades de saúde e o laboratório central era feito por meio de serviço terceirizado da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. A partir de 2007, esse serviço passou a ser de responsabilidade de cada um dos nove Distritos Sanitários de Curitiba.

Com a utilização da tecnologia da informação, a SMS de Curitiba conseguiu aumentar, significativamente, a produtividade e os índices de qualidade e satisfação das pessoas usuárias do sistema por meio do desenvolvimento de um programa informatizado integrado ao prontuário eletrônico e ao *software* de controle da produção do laboratório central. Assim, a SMS passou a ser detentora de meios eficazes para gerenciar, em tempo real, todo o processo da assistência que presta às pessoas usuárias, na área da patologia clínica.

Boxe 1: O sistema de patologia clínica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

O processo que se inicia no prontuário eletrônico da pessoa usuária com a geração da requisição do exame se complementa com etapas sucessivas: agendamento eletrônico da coleta; coleta de materiais, com emissão de etiquetas de identificação dos materiais por meio de código de barras; remessa eletrônica dos planos de trabalho para o sistema informatizado de produção do laboratório; e importação dos resultados liberados pelo sistema de produção laboratorial para o prontuário eletrônico da unidade de saúde. Tal nível de informatização permitiu ao laboratório minimizar o quadro de pessoal voltado ao desenvolvimento de atividades administrativas. Por outro lado, otimizou os resultados das ações desenvolvidas pela equipe técnica, apontando ganhos como: diminuição do tempo decorrido entre requisição e disponibilização de resultados diretamente na unidade de saúde geradora da requisição; eliminação da necessidade de manutenção de arquivos de laudos em papel, assim como de procedimentos relacionados à distribuição de laudos (malote e expedição); aumento da produtividade técnica; e disponibilidade permanente de banco de dados sobre todos os exames solicitados e realizados.

A produção do sistema de patologia clínica é de mais de 200.000 exames por mês, distribuídos pelos setores de Bioquímica, Hematologia, Imunologia, Microbiologia, Uroanálise, Hormônios, Parasitologia e Biologia Molecular. Para atender à demanda mensal de cerca de 40.000 usuários, o laboratório conta com 112 funcionários. A grande demanda permite a utilização de tecnologia de ponta na execução dos exames, com custos viáveis em relação aos valores da tabela SIA SUS.

Em 2001, foi implantado o Sistema Integrado de Informática, Laboratório e Unidade de Saúde, *online*. Após a consulta médica ou de enfermagem, a coleta dos exames é agendada imediatamente. Nesse momento é impresso o Plano de Coleta de Exames, onde consta a relação de exames a serem coletados, as orientações à pessoa usuária e um número de identificação de cada tubo a ser colhido. O documento é entregue à pessoa usuária, que deverá levá-lo no dia da coleta.

O setor de distribuição do laboratório central recebe o material e faz a triagem por departamento. Nesse momento, já estão disponíveis todos os dados da pessoa e seus respectivos exames. Nos setores que apresentam equipamentos analisadores totalmente automatizados, os tubos com amostras biológicas são colocados aleatoriamente nos aparelhos, já programados pelo sistema de interfaceamento que direcionará quais exames devem ser processados em cada tubo. Após análise dos resultados e assinatura eletrônica, os exames ficam disponíveis *online* na intranet, que inclusive armazena dados de exames anteriores. Quando a pessoa usuária retornar à unidade de saúde para consulta, o médico acessa os resultados, em seu computador, por meio desse sistema.

Boxe 1: O sistema de patologia clínica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Para garantir a qualidade dos serviços adotaram-se várias estratégias: treinamento de coleta e utilização do sistema de informática para os coletadores das unidades de saúde; certificação e habilitação dos profissionais envolvidos na coleta; vistoria nas unidades de saúde, onde uma equipe do laboratório central audita a atividade de coleta, verificando se os profissionais estão seguindo o procedimento operacional padrão de coleta estabelecido e repassado no treinamento; monitoramento dos erros originados na coleta por unidade de saúde para identificação dos profissionais que necessitam de reciclagem; reposição automática dos insumos de coleta para as unidades de saúde, em que a montagem do kit de insumos é realizada através da emissão de um relatório que informa a quantidade de insumos utilizados na coleta do dia; o transporte dos materiais biológicos coletados nas unidades de saúde para o laboratório é realizado em caixas térmicas com controle de temperatura, assegurando assim a qualidade das amostras; monitoramento e avaliação constante do desempenho dos equipamentos analisadores para o que são realizadas reuniões trimestrais da equipe do laboratório, juntamente com a assistência técnica dos fornecedores, com o objetivo de manter os serviços de forma contínua e eficiente e evitando desperdícios; manutenção preventiva programada dos equipamentos analisadores; participação no Programa Nacional de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas; e monitoramento da produtividade dos insumos utilizados nos equipamentos automatizados.

Um profissional do laboratório participa, como membro, da Comissão de Licitação da SMS de Curitiba. Há um monitoramento dos custos reais dos exames, com a finalidade de verificar a eficiência dos serviços, sem que haja prejuízos na efetividade, maximizando a utilização dos recursos. Com esse mecanismo, identifica-se o número de repetições de exames causados por problemas com equipamentos, técnicos ou com reagentes.

Os programas estratégicos, como DST/Aids, Tuberculose e Mãe Curitibana têm seus exames programados nas diretrizes clínicas, realizados exclusivamente no sistema de patologia clínica municipal, facilitando o acesso às informações indispensáveis para o monitoramento e atuações necessárias para o controle epidemiológico.

Os resultados do sistema de patologia clínica da SMS de Curitiba são muito positivos. A descentralização da coleta de exames nas unidades de saúde, a centralização do processamento em um único laboratório e a integração eletrônica do mesmo com as unidades de saúde, trouxe, sobretudo, a satisfação da pessoa usuária. O procedimento encurtou caminhos para as pessoas, oferecendo mais conforto, já que elas deixaram de se deslocar da unidade de saúde mais próxima de sua casa para realizar a coleta ou receber os resultados de qualquer exame de patologia clínica que lhe seja solicitado. Dessa forma, o sistema implantado vem cumprindo o seu papel no objetivo de levar a atenção no momento certo e no local certo, estabelecida pela SMS de Curitiba. O sistema trouxe bastante agilidade, segurança, otimização no processo de trabalho.

Em 2007, foram realizados 136 tipos de exames, num total de 2.128.397 exames em 440.769 pessoas usuárias, uma média de 4,82 exames por pessoa. O custo médio do exame foi de R\$ 2.51, bem inferior ao custo médio dos exames do SUS, com a oferta de uma carteira bem ampla de exames e com rigoroso controle de qualidade.

Fonte: Ito e Schneider ⁽²⁵⁰⁾

A UTILIZAÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ESF

A ESF nasceu com uma tradição de utilização de equipes multiprofissionais, envolvendo médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Posteriormente, introduziu-se a equipe de saúde bucal.

Contudo, a situação brasileira de tripla carga de doenças com forte predomínio de condições crônicas exige um novo modelo de atenção às condições crônicas, o que convoca a utilização, como membros orgânicos das equipes da ESF, de outros profissionais como o assistente social, o farmacêutico clínico, o fisioterapeuta, o nutricionista, o profissional de educação física e o psicólogo que, constituirão, juntamente com o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem, o agente comunitário de saúde e os profissionais de saúde bucal, uma equipe padrão da ESF.

Além desses profissionais deverá ser incorporado à equipe da ESF um gerente profissional, técnico de nível superior, em tempo integral, com competência específica para esse trabalho. Além disso, a unidade da ESF deverá contar com pessoal administrativo necessário. Esses novos profissionais – atuando em equipe com os profissionais já existentes – são essenciais para o manejo efetivo e de qualidade das condições crônicas na ESF.

Essa equipe padrão poderá se responsabilizar por uma população adscrita em torno de 3.000 pessoas.

Nesse sentido, a proposta dos NASFs deverá evoluir no sentido do trabalho de apoio para uma incorporação orgânica desses profissionais numa equipe da ESF. O apoio deverá ser realizado por profissionais especialistas, estruturados em centros de referência secundários, trabalhando em conjunto com as equipes da ESF, seja em trabalhos presenciais ou à distância, por meio de mecanismos de teleassistência.

O financiamento desses novos profissionais deveria provir de recursos do Ministério da Saúde, por meio do incremento dos recursos gastos com os NASFs, de recursos estaduais que seriam destinados a esse fim específico e de recursos municipais.

A relação entre os novos profissionais – assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo – e as equipes da ESF não necessita ser de 1:1, a não ser em condições especiais, como municípios com população abaixo de 3.000 pessoas. Em geral, poder-se-à trabalhar com uma relação de um profissional para cada três equipes da ESF, mas esses novos profissio-

nais serão membros efetivos de cada uma dessas equipes, participando do dia-a-dia de trabalho clínico e gerando vínculos com as pessoas usuárias.

Uma experiência de introdução do farmacêutico clínico foi realizada num município de Minas Gerais e ficou claro que um esse profissional pode, com sucesso, participar de três equipes da ESF ⁽²⁵¹⁾.

É claro que a introdução desses novos profissionais nas equipes da ESF implica um processo de educação permanente eficaz e terá um impacto nos gastos com os cuidados primários. Mas há que se ter em mente que é uma necessidade fundamental para superar a crise da APS expressa na centralidade da consulta médica de curta duração. E há que se considerar que os maiores gastos com esses profissionais na ESF serão mais que compensados pelas reduções que, nos médio e longo prazos, determinarão nas complicações potencialmente evitáveis da atenção à saúde nos níveis secundários e terciários das RASs. Portanto, trata-se de medida custo efetiva.

A IMPLANTAÇÃO DE SISTEMAS ELETRÔNICOS DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS

As evidências internacionais indicam que um modelo efetivo e de qualidade de cuidados primários exige sistemas de informações clínicos bem estruturados, com base em prontuários clínicos, utilizados isoladamente, ou como parte de um registro eletrônico em saúde. Há evidências de que não é possível prestar cuidados efetivos, eficientes e de qualidade sem sistemas potentes de informação clínica ⁽³⁾.

Além disso, vem se consolidando uma posição de que os prontuários clínicos devem ser informatizados, uma vez que a introdução de tecnologias de informação viabiliza a implantação da gestão da clínica nas organizações de saúde e reduz os custos pela eliminação de retrabalhos e de redundâncias no sistema de atenção à saúde.

A complexidade gerencial da ESF estabelece a necessidade de prontuários clínicos eletrônicos. Há boas experiências de uso de prontuários eletrônicos na APS no SUS. Uma delas, um caso bem-sucedido, com mais de 10 anos de utilização, é o da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba ⁽²⁵²⁾.

Os prontuários clínicos, em geral, são individuais, mas para a ESF esses prontuários devem ser familiares. Na prática, isso significa que a unidade de registro é a família cadastrada numa unidade da ESF e que sua formatação deve acolher as ferramentas de abordagem familiar.

Esses prontuários devem ser capazes de registrar cada membro da família com suas condições de saúde, por estratos de riscos, e de monitorar a evolução de sua saúde. Devem, também, gerar lembretes, alertas e *feedbacks* para os profissionais de saúde e para as pessoas e as famílias e de produzir e monitorar indicadores de efetividade clínica e gerencial da ESF.

Não faz sentido que cada município desenvolva e/ou contrate, isoladamente, uma solução de prontuário eletrônico para a ESF, à exceção, talvez, dos grandes municípios. Mais uma vez, essa deve ser uma tarefa típica do apoio do MS e das SESs, trabalhando em conjunto, para o desenvolvimento e o co-financiamento desse sistema clínico tão fundamental. A vantagem desse desenho institucional é que se podem operar bases de dados estaduais/nacional alimentadas diretamente pela rede de prontuários clínicos eletrônicos em cada unidade de PSF. Uma proposta desse tipo foi desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que modelou e está licitando um Serviço de Registro Eletrônico em Saúde que envolve a implantação de um prontuário eletrônico familiar em todas as unidades de APS do estado que estarão articuladas com uma base centralizada de dados estaduais ⁽²⁵³⁾.

O prontuário eletrônico deve ser alimentado por informações colhidas no campo por agentes comunitários de saúde que deverão trabalhar com um instrumento eletrônico que substitua as planilhas de papel.

O FORTALECIMENTO GERENCIAL DAS UNIDADES DA ESF

É fundamental fortalecer gerencialmente as unidades da ESF para dar conta dos desafios de uma APS estruturada como estratégia de organização do SUS. Uma ESF que seja resolutiva e que seja o centro de comunicação das RASs, deve desenvolver um sistema gerencial bastante complexo. Assim, a principal condição para a melhoria gerencial da ESF é reconhecer que a gerência dos cuidados primários é uma tarefa altamente complexa e que exige conhecimentos, habilidades e recursos significativos para que se exercite com eficácia.

Fortalecer gerencialmente a ESF implica adotar mecanismos gerenciais que superem a gerência da oferta substituindo-a pela gerência de base populacional. Ou seja, implantar mecanismos que sejam capazes de territorializar e cadastrar toda população adscrita, que elaborem uma programação baseada nas necessidades da população, que utilizem contratos de gestão, que operem diretamente os sistemas de regulação e que utilizem as tecnologias de gestão da clínica. Para que isso ocorra é necessário profissionalizar a gerência da ESF colocando, em todas as unidades, um gerente de nível superior, com competências específicas para tal, trabalhando em tempo integral.

Quando se opta pela ESF como organizadora do SUS, uma questão fundamental é a superação da gerência da oferta e a prática da gerência de base populacional. Introduzir uma gerência de base populacional significa que todo sistema gerencial é construído a partir das necessidades das pessoas concretas que estão cadastradas para cada equipe da ESF. É a partir das necessidades de cada uma dessas pessoas, organizadas socialmente em famílias, que se programa, monitora e avalia o trabalho das equipes. A gerência de base populacional, portanto, implica: diagnosticar as necessidades de saúde da população adscrita a cada equipe da ESF, segundo riscos; implementar e monitorar as intervenções sanitárias para responder às necessidades estabelecidas; e prestar a atenção respeitando a cultura e as preferências das pessoas usuárias e de suas famílias ⁽⁴⁵⁾.

A gerência de base populacional leva à mudança da visão prevalecente dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs) que foram concebidos para organizar os fluxos e os contrafluxos das pessoas que demandam serviços de atenção secundária e terciária (média e alta complexidades). Um PDR recortado segundo as diretrizes das RASs deve considerar, além dos territórios estaduais, macrorregionais, microrregionais e municipais, os territórios sanitários dos cuidados primários porque é, ali, que a população é vinculada, através da ESF, às RASs e porque é ali, também, que se resolvem mais de 85% dos problemas de saúde. Consequentemente, é fundamental que os PDRs, nos âmbitos municipais, estructurem, também, os territórios sanitários da ESF: o território área de abrangência que corresponde ao espaço de vida das famílias adscritas a cada equipe da ESF; e o território microárea que corresponde ao espaço de vida das famílias adscritas a um agente comunitário de saúde. É importante reconhecer que quando se trabalha com unidades da ESF a territorialização não é feita, como nas unidades da APS tradicional, em relação ao espaço geográfico de responsabilidade da unidade de saúde. Na ESF a responsabilidade é imputada a cada equipe de saúde da família de tal forma que, se há uma unidade com três equipes de PSF, serão definidas três áreas de abrangência.

A gerência de base populacional tem implicações na programação da ESF. A programação deve mudar de uma programação de oferta, centrada em parâmetros construídos por séries históricas, para uma programação de base populacional, derivada de parâmetros epidemiológicos definidos a partir de evidências e incorporados como parte integrante das diretrizes clínicas. Não faz sentido elaborar uma programação a partir de um número médio de consultas médicas por habitantes. É necessário programar essas consultas a partir das necessidades reais do Sr. João e da Dona Maria que estão vinculados a uma equipe da ESF.

A programação da ESF deve ser feita por estratos de riscos, em conformidade com o modelo da pirâmide de riscos. A programação por estratos de risco é importante

porque os manejos clínicos e a cobertura de recursos humanos são diferenciados por estratos. A programação estratificada é que permite a construção de uma agenda de trabalho racional, parte fundamental de uma programação local.

Com base na programação que estabelece as metas a serem alcançadas por programas, devem ser firmados, entre a SMS e as equipes da ESF, contratos de gestão. É, assim, que se institui uma cultura de gestão por resultados na ESF.

Os contratos de gestão obedecem a um ciclo de contratualização que envolve um plano de contrato em que se especificam a quantidade e a qualidade dos serviços a serem contratados, o sistema de incentivos a ser utilizado e o monitoramento e a avaliação do contrato por meio de um sistema de informação gerencial da ESF ⁽²³³⁾.

A adoção de um sistema de incentivos nos contratos na ESF exige mudanças no sistema de pagamento das equipes. É necessário que uma parte do pagamento seja feita com base num valor fixo e, outra, com um valor variável que será pago somente mediante o cumprimento das metas contratadas. O sistema de incentivos deve combinar indicadores de desempenho individual e de desempenho coletivo de toda a equipe. O orçamento de custeio do pessoal da ESF deve prever recursos para pagamento do incentivo. A experiência italiana está baseada num sistema que tem uma parte de pagamento aos médicos de APS que é fixa e que se baseia num *per capita* por número de pessoas na lista do médico e uma parte variável ⁽²⁵⁴⁾. Um *check-list* sobre pagamento por desempenho, proposto pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, é um instrumento útil para a operacionalização desses sistemas ⁽²⁵⁵⁾.

Há evidências de que bons contratos de gestão estimulam a descentralização gerencial dando mais responsabilidades aos gerentes locais, permitem um melhor controle sobre o desempenho dos profissionais de saúde, incentivam a utilização das informações clínicas e gerenciais, forçam o uso rotineiro da gestão da clínica, melhoram o desempenho dos profissionais de saúde e tornam as instituições de saúde mais transparentes e mais permeáveis ao controle social ⁽²⁵⁶⁾. É fundamental a participação, no monitoramento do contrato de gestão dos órgãos de controle social por meio dos Conselhos Locais de Saúde.

A concepção da ESF como estratégia de organização do SUS exige que essa estratégia seja estruturada como o centro de comunicação das RASs. Isso, na prática, significa que quem deve ordenar os fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo dos pontos de atenção secundários e terciários e dos sistemas de apoio é a equipe da ESF.

A consideração da ESF como centro de comunicação das RASs tem implicações profundas na forma de regulação do SUS que está centrada em complexos reguladores.

Deve-se ter claro que a regulação dos procedimentos relativos às condições agudas e aos eventos de agudização das condições crônicas, de maior gravidade (pessoas em situação de urgência maiores, amarela, laranja e vermelha no sistema Manchester de classificação de risco), em função da variável-chave da atenção não programada ou de urgência e emergência que é o tempo-resposta do sistema de atenção à saúde, não é tarefa da ESF porque poderia significar perda de tempo precioso e porque ali não há uma competência regulatória para esses eventos que exigem a opinião de um médico regulador treinado em urgência e emergência, 24 horas por dia. É, por isso, que a ESF não cumpre, na rede de atenção às urgências e às emergências, a função de centro de comunicação. Nessas redes, a ESF desloca-se do centro para compor, com os pontos de atenção secundários e terciários, os papéis de atendimento às urgências menores (pessoas em situações de urgências azuis e verdes no sistema Manchester de classificação de risco).

A regulação é diferente no que concerne à atenção aos procedimentos relativos às condições crônicas estáveis, os procedimentos programados, em geral denominados de procedimentos eletivos na linguagem do SUS. Esses procedimentos que são programados pela ESF devem ser regulados, diretamente, pelas equipes da ESF que utilizarão as infovias do sistema de regulação para estabelecer os fluxos para a atenção secundária e terciária, ambulatorial e hospitalar, e para os sistemas de apoio, em especial o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico. Assim, quase toda a regulação dos procedimentos programados, à exceção de alguns fluxos secundários entre unidades de atenção secundária e terciária, deve ser feita pela equipe da ESF, com forte base na programação previamente realizada. Quando a ESF não regula toda a RAS aumentam as possibilidades de pedidos excessivos de exames complementares e de consultas especializadas, de formação de filas, de incremento dos custos totais da atenção e das chances de iatrogenias ^(257, 258). A Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos, São Paulo, está fazendo um movimento no sentido de fortalecer a regulação dos procedimentos programados pela APS ⁽²⁵²⁾.

A gerência da ESF deve se fazer com um foco especial na gestão da clínica. A gestão da clínica é uma tarefa complexa na ESF, como se verá mais adiante, que não pode prescindir de uma estrutura gerencial forte. Além disso, a gerência eficaz da ESF exige a introdução rotineira do gerenciamento de processos. O gerenciamento de processos aplica-se na ESF, com maior ênfase, aos microssistemas clínicos por meio da aplicação rotineira de um conjunto de tecnologias gerenciais, com forte base no

método PDSA, como diagrama de causa e efeito, diagrama de Pareto, matriz 5W2H, carta de controle, procedimento operacional padrão e outras ^(259, 260).

O gerenciamento de processos é fundamental para que sejam desenvolvidos programas de qualidade na ESF. A avaliação da qualidade pode ser feita com metodologias de avaliação interna e externa. O Ministério da Saúde desenvolveu uma metodologia de avaliação interna, a avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família, que está sendo aplicada por municípios, mas sua utilização é, ainda, reduzida ⁽²⁶¹⁾. Essa metodologia está centrada em instrumentos de autoavaliação de gestão e das equipes e prioriza elementos de processos, especialmente processos de trabalho, tendo em vista que eles se prestam melhor a intervenções corretivas sobre os problemas constatados. Embora com menor ênfase, os aspectos de estrutura e resultado também são tomados como padrões de qualidade. A avaliação externa mede a qualidade de uma organização da ESF a partir de padrões estabelecidos por uma organização externa à instituição a ser acreditada, como a Organização Nacional de Acreditação (ONA). O processo de acreditação é voluntário, periódico e sistemático. A avaliação externa deveria ser estimulada para avaliar a capacidade das ESFs para operarem, verdadeiramente, como uma estratégia de organização do SUS. Um exemplo de processo de acreditação na ESF é o da Organização Social Santa Marcelina, na cidade de São Paulo, que iniciou um processo de acreditação com a metodologia ONA que já certificou algumas unidades da ESF no nível 1 ⁽²⁶²⁾. O processo de acreditação das unidades de ESF deverá ser estimulado em todo país.

Uma atividade tão complexa como de gerenciamento da ESF não pode ser exercitada sem uma profissionalização gerencial. Cada unidade da ESF deve ter um gerente de nível superior, em tempo integral e com competências em gerenciamento de cuidados primários. O enfermeiro, tal como ocorre com grande frequência, não deve ser desviado de suas funções clínicas para gerenciar as unidades da ESF; ele poderá fazê-lo, mas como gerente em tempo integral, como outros profissionais, sem vínculos diretos com a clínica e com competências específicas para o trabalho gerencial.

A introdução do gerente profissional é fundamental no trabalho da ESF e caberá, a ele, liderar, no plano gerencial, toda a equipe. A questão do gerente das unidades da ESF deve ter, na saúde, a mesma dimensão que tem, na educação, o diretor de escola pública. A criação da figura da autoridade sanitária local, pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, é uma experiência bem-sucedida que deveria ser incentivada em todas as unidades da ESF do país.

Esse gerente, de nível superior, deverá ter competência em gestão de saúde, com formação específica em gestão da ESF. Para tal, sua contratação deveria ser

realizada com base numa certificação profissional dessas competências e por meio de concursos ou seleções públicas. A generalização dos gerentes profissionais na ESF abriria mercado para um contingente significativo de gestores de saúde que começam a ser preparados, em nível de graduação, por diferentes universidades brasileiras.

O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NA ESF

O fortalecimento do controle social, no âmbito local, é fundamental para a consolidação da ESF. Esse território social de abrangência das equipes de saúde da família constitui o espaço social de forte privilegiamento das ações dos cuidados primários. Portanto, os Conselhos Municipais de Saúde deverão constituir, em cada área de abrangência de unidades da ESF, um Conselho Local de Saúde. Esse conselho deverá controlar, efetivamente, as ações de saúde da família, participando da programação, do monitoramento e da avaliação da ESF naquele espaço social.

Um exemplo de controle social efetivo se dá no município de Curitiba em que os Conselhos Locais de Saúde participam da elaboração da programação da APS e monitoram sua implantação. O pagamento por desempenho das equipes de APS tem uma avaliação feita pelo Conselho Local de Saúde, o que é um dos fatores que contribuem para o sucesso da gerência por resultados naquele município.

Conselhos Locais de Saúde fortalecidos irão realizar conferências locais de saúde mais consequentes e contribuir para uma discussão que coloque a ESF no centro das preocupações das conferências municipais, estaduais e nacionais.

A SUPERAÇÃO DOS PROBLEMAS EDUCACIONAIS

Os problemas educacionais deverão ser superados, tanto no âmbito da graduação quanto da pós-graduação, para que a ESF possa se constituir numa estratégia de organização do SUS.

Na graduação parece necessário superar o modelo vigente. Há 100 anos, o Relatório Flexner ⁽⁵⁴⁾ integrou a ciência moderna nos currículos das escolas de saúde, o que contribuiu para que, no século XX, a expectativa de vida da população mundial dobrasse. Seu lugar privilegiado foi a universidade. Contudo, os novos desafios da saúde – a transição demográfica, os problemas ambientais e comportamentais, a transição epidemiológica com o avanço das condições crônicas –, colocaram em xeque o modelo flexneriano de ensino das profissões de saúde. A educação profissional flexneriana não é coerente com esses desafios por que é fragmentada, voltada para realidades demográfica e epidemiológica passadas e propiciada por currículos estáticos que não formam graduados para superar os problemas contemporâneos ⁽⁵⁵⁾. Em

função disso, na segunda metade do século XX, instituiu-se uma segunda geração de reformas educacionais na saúde, expressa na introdução da educação baseada em problemas. Seu lugar privilegiado foram os centros acadêmicos hospitalares e ambulatoriais, operando, contudo, de forma fragmentada.

Essas duas gerações de reformas educacionais na saúde não foram capazes de solucionar os problemas do ensino de graduação atual que se situam em: descompasso entre as competências dos profissionais e as necessidades de saúde das populações; carência de trabalho em equipe; foco na atenção voltada para as condições e eventos agudos e na atenção episódica e reativa; privilegiamento de um enfoque técnico e biologicista, em detrimento de uma compreensão mais geral dos contextos das práticas profissionais; valorização excessiva da especialização; predominância de uma orientação para o hospital e para os centros ambulatoriais de especialidades em detrimento da APS; desbalanceamento quantitativo e qualitativo do mercado laboral; e frágil liderança para envolver os centros acadêmicos na melhoria dos sistemas de atenção à saúde, integrando-os em RASs ⁽²⁶³⁾.

Agora, impõe-se uma terceira geração de reformas educacionais que deverá ter como objetivo melhorar a performance dos sistemas de atenção à saúde adaptando as competências fundamentais dos profissionais a contextos específicos, mesmo reconhecendo o conhecimento global. Seu lugar privilegiado é o sistema de educação em saúde, mas com grande valorização relativa da APS. Essa nova reforma deve levar a um aprendizado transformador que se move, em três fases, do nível informativo, ao formativo e ao transformativo. O nível informativo diz respeito à aquisição de conhecimentos e habilidades e seu propósito é produzir expertise. O nível formativo busca transmitir valores. O nível transformativo envolve três mudanças básicas: da memorização de fatos para a busca, a análise e a síntese da informação para o processo decisório; do trabalho individual para a aquisição de competências para o trabalho em equipe; e de uma adoção acrítica de modelos para uma adaptação criativa dos modelos globais às realidades locais.

A reforma educacional deve ter alguns elementos importantes: a adoção de enfoques de competência no desenho instrucional; a promoção da educação inter e transprofissional que quebra o isolamento e estabelece relações poliárquicas de equipes de saúde efetivas; a exploração do poder da informação tecnológica para a aprendizagem; a ênfase no aperfeiçoamento dos quadros docentes; a institucionalização de um novo profissionalismo que desenvolve os valores; a transformação de centros acadêmicos isolados em sistemas acadêmicos que operam em RASs ligando a APS, os centros ambulatoriais especializados e os hospitais; a emergência de um novo profissionalismo centrado na atenção às pessoas e no trabalho em equipe; e a

utilização intensiva de tecnologias de informação na atenção, no ensino a distância e no ensino presencial ^(263, 264).

Esse modelo de reforma educacional, no caso brasileiro e em coerência com a APS como estratégia de organização do SUS, deverá ter uma ênfase relativa forte na saúde da família como espaço de aprendizagem. Seu lócus privilegiado serão as unidades da ESF.

O Governo Federal, através dos ministérios da Saúde e da Educação, criou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) cujo objetivo é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional em saúde, propiciando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na APS, promovendo transformações na atenção à saúde da população. Esse programa deveria ser ampliado de forma a atingir um número expressivo de universidades brasileiras. Além disso, deveria haver um requisito de acreditação das unidades da ESF para receberem esse programa, com forte ênfase em estrutura e processos. Para tal, os recursos de investimento do Pró-Saúde deveriam ser suficientes para melhorar a infraestrutura da unidade que receberá os alunos de graduação.

Os programas de pós-graduação deverão ser ofertados em maior quantidade e qualidade.

Há que se aumentar as residências em saúde da família, sejam as residências multiprofissionais, sejam as residências em medicina da família e comunidade. Essa deveria ser uma função primordial do nível federal, articulando Ministério da Educação e Ministério da Saúde. As Secretarias Estaduais de Saúde são financiadoras importantes de residências médicas, mas, em geral, não utilizam esse mecanismo para aumentar a oferta de residências em medicina de família e comunidade que deverão ter alta prioridade. Um exemplo é o da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo que financiou, no período de 1990 a 2002, bolsas para 17.117 médicos e que, na relação das especialidades financiadas, é mínima a participação de médicos de família e comunidade ⁽²⁶⁵⁾. Impõe-se, portanto, uma mudança no financiamento de bolsas de residências médicas para incrementar as bolsas para médicos de família e comunidade. Esse incremento deverá ser gradativo até alcançar, no longo prazo, à semelhança do que ocorre em países com saúde da família madura, 40% das matrículas totais em residências médicas.

Os mestrados e doutorados em saúde da família deverão ser incentivados porque são imprescindíveis para a formação de professores que irão atuar na graduação e na pós-graduação. Assim, também, deverão ser ofertados, em maior número, os cursos de especialização em saúde da família, fortalecendo-se, ainda mais, os cursos a distância.

Contudo, na fase de transição que vive a ESF, é fundamental instituir um processo de educação permanente para as equipes de saúde da família. Eles deverão ser ofertados a todos os profissionais da ESF, gratuitamente e em tempo protegido. As suas atividades educacionais deverão ser reconhecidas, como créditos, pelas sociedades corporativas. Uma experiência inspiradora é o Programa de Educação Permanente de médicos de família (PEP) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

A SUPERANÇA DOS PROBLEMAS NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

É fundamental garantir condições de trabalho mais estáveis para os trabalhadores da ESF, superando, definitivamente, as formas de contratação precárias, especialmente as realizadas pela modalidade de contratos temporários. Conjuntamente com essas modalidades de contratação adequadas, os servidores da ESF deverão ter planos de carreiras.

A singularidade do trabalho na ESF, que envolve tempo integral e perspectiva de longo prazo aponta, no sentido de uma estabilidade maior para os seus trabalhadores. Desse modo, o ideal será uma contratação por regime estatutário que permite garantir certa estabilidade. Há sempre detratores do regime estatutário que o consideram, não sem certa razão, sistemas muito rígidos e que são um incentivo a uma atuação descompromissada dos trabalhadores com os resultados para a população. Entretanto, o regime estatutário pode operar virtualmente, desde que haja uma conjunção de fatores, numa organização de saúde, como cultura de resultados, ambiente meritocrático e parte dos rendimentos paga, variavelmente, em função de resultados. É o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em que todas as equipes de APS tradicional e da ESF são funcionários estatutários. Um estudo do Banco Mundial verificou que a estabilidade dos servidores daquela Secretaria foi um dos fatores fundamentais para explicar os bons resultados sanitários obtidos naquele município nos últimos anos ⁽²⁶⁶⁾.

É certo que há dificuldades para a extensão do regime estatutário como a questão da lei de responsabilidade fiscal e o teto máximo limitado pelo salário do prefeito municipal. Por isso, haverá que se desenvolverem alternativas de contratação pelo regime celetista. Essas contratações poderão ser feitas pelos municípios ou por entes públicos não estatais, de base municipal, regional ou estadual. Uma iniciativa inovadora é da Fundação Estatal Saúde da Família do estado da Bahia, uma fundação pública intermunicipal, integrante da administração indireta do estado, de direito privado, cumprindo função essencial de gestão compartilhada da ESF. A Fundação tem um plano de empregos, carreiras e salários, em regime celetista, que opera em âmbito estadual ⁽²⁶⁷⁾.

Seja por regime estatutário ou celetista não se poderá prescindir de planos de carreiras. Os planos de carreira da ESF deverão garantir aos trabalhadores progressão por mérito ou por titulação, gratificações, adicionais e prêmios e incentivo ao desenvolvimento do trabalho em condições especiais. Com relação ao trabalho em condições especiais deverá ser criado um abono de permanência em regiões críticas, pago, integralmente, ao final de dois anos, aos profissionais da ESF considerados de maior dificuldade de fixação.

Esses planos deverão ter uma coordenação estadual a fim de que se possa superar a competição predatória entre diferentes municípios que tem alto impacto no *turnover* dos profissionais da ESF. Essa coordenação exigirá recursos adicionais que deverão ser financiados por um fundo constituído por 50% de recursos federais e 50% de recursos estaduais. Um estudo feito para o estado de Minas Gerais, propondo uma carreira profissional para a ESF, por meio do desenho de carreira (estrutura, critérios de ingresso e de progressão) e de remuneração (tabelas salariais, incentivo de fixação e remuneração variável) verificou que, para a viabilização financeira dessa proposta, seriam necessários, como recursos adicionais aos gastos já feitos pelos municípios, um valor anual de 77 milhões de reais, em valores de 2009 ⁽²⁶⁸⁾. A partir desse valor estimado para Minas Gerais, pode-se estimar que um fundo nacional deva girar em torno de 800 milhões de reais por ano, algo perfeitamente viável e efetivo em função dos grandes benefícios que traria.

Têm sido sugeridas algumas medidas para a fixação de profissionais em áreas mais difíceis: salários maiores; boa infraestrutura de informação e comunicação, incluindo teleassistência; apoio para deslocamentos temporários; férias ampliadas; educação permanente; reconhecimento acadêmico do trabalho; auxílios especiais para o cônjuge e os filhos; e subsídios de moradia ⁽²⁴⁶⁾. Ademais, há sugestões que apontam para a possibilidade de oferta aos profissionais de dedicação exclusiva voluntária, com forte incentivo específico ⁽²⁴⁶⁾.

A IMPLANTAÇÃO DE MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA AS CONDIÇÕES AGUDAS E PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

A ESF deverá operar como parte e centro de comunicação das RASs para o que será necessário adotar modelos de atenção efetivos para as condições agudas e crônicas.

O objetivo desse livro é, exatamente, a proposição de um modelo de atenção às condições crônicas para ser utilizado, principalmente, pelas equipes da ESF do SUS.

Mas é preciso implantar, também, na ESF, um modelo de atenção às condições agudas, o que convoca algum tipo de classificação de risco na APS.

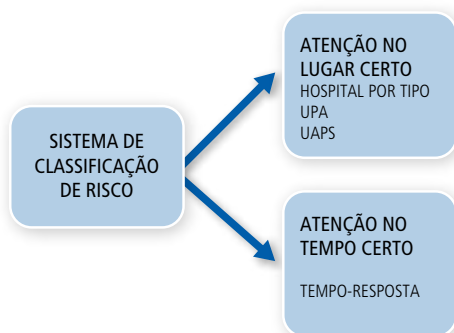
A organização dos serviços de urgência e emergência foi pensada, internacional e nacionalmente, a partir do hospital e com apoio de um sistema de logística que propiciasse que as pessoas chegassem ao hospital mais próximo, no menor tempo possível. Tem sido, por consequência, uma organização instituída numa lógica hospitalocêntrica. É o que se manifestou, no Brasil, numa organização do sistema de atenção às urgências e às emergências em atenção pré-hospitalar fixa e móvel, atenção hospitalar e atenção pós-hospitalar.

Essa concepção tem um problema porque não considerou a APS como um ponto de atenção fundamental das urgências menores. A introdução da ESF como um ponto de atenção à saúde fundamental nas redes de atenção às urgências e às emergências é uma condição para se organizar esse sistema. Se isso não é feito, não se retiram as urgências menores dos hospitais e essa é uma das causas das longas filas e das macas nos corredores, o que torna impossível organizar a atenção hospitalar às urgências maiores.

A organização do sistema de atenção às urgências e às emergências na perspectiva de RASs e a valorização da ESF como um ponto de atenção dessa rede – o que inclui classificar risco nas unidades de cuidados primários e adensá-las para atender às urgências menores e para fazer o primeiro atendimento das urgências maiores –, impõe-se para dar eficácia ao atendimento das condições e eventos agudos.

A lógica de um modelo de atenção às condições agudas, representada na Figura 5, está na classificação de risco de uma pessoa em situação de urgência para que, a partir do risco definido, se estabeleçam o tempo-resposta e o local adequado do atendimento que poderá ser um hospital, em seus diferentes tipos, uma UPA ou a ESF.

Figura 5: A lógica do modelo de atenção às condições agudas



Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

Observa-se, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma conseqüente pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde. A urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Sempre haverá uma demanda por serviços maior que a oferta e o aumento da oferta sempre acarreta aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias.

Um dos sistemas mais utilizados internacionalmente é o sistema Manchester de classificação de risco ⁽²⁶⁹⁾. Esse sistema foi proposto pelo Grupo de Triagem de Manchester, Reino Unido, com o objetivo de definir um consenso entre médicos e enfermeiros na ferramenta classificação de risco para os serviços de urgência e emergência. Os protocolos existentes possuíam nomenclaturas, definições e tempos para a avaliação médica diferentes ⁽²⁷⁰⁾. A ideia foi desenvolver nomenclatura e definições comuns, sólida metodologia operacional, programas de formação e guia de auditoria.

O sistema Manchester de classificação de risco é sintetizado na Figura 6.

Figura 6: O sistema Manchester de classificação de risco

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Mackway-Jones, Marsden & Windle ⁽²⁶⁹⁾

O sistema Manchester de classificação de risco apresenta várias características: uma escala em cinco níveis, uma utilização ampla em vários países, é baseado em categorias de sintomas, em discriminantes-chave e em algoritmos clínicos e apresenta um tempo de execução curto. Esse sistema apresenta alguns critérios de validade: ele garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes de saúde; ele acaba com a triagem sem fundamentação científica; ele pode ser feito por médicos e enfermeiros; ele garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; ele é rápido; e ele pode ser auditado ⁽²⁷¹⁾.

Há evidências sobre o funcionamento do sistema Manchester de classificação de risco, tanto em avaliações mais globais ^(271, 272), quanto em áreas específicas como as causas externas ⁽²⁷³⁾, as doenças cardiovasculares ⁽²⁷⁴⁾ e atenção pediátrica ⁽²⁷⁵⁾.

A aplicação do sistema Manchester de classificação de risco nas unidades de APS tem provocado resultados muito positivos, especialmente na redução das filas de espera para o atendimento. Além disso, tem sido muito bem avaliada pela população. Isso tem ocorrido em municípios de diferentes tamanhos e regiões como Curitiba, Pará de Minas, Pirapora, Uberlândia, os três últimos de Minas Gerais.

A ESF, nas redes de atenção à saúde, tem as seguintes competências: classificação de riscos; primeiro atendimento das pessoas em riscos vermelho, laranja e amarelo; atendimento das pessoas em riscos azuis e verdes ⁽⁵²⁾.

O FINANCIAMENTO ADEQUADO DA ESF

Uma política de financiamento adequado da ESF passa por uma mudança ideológica e por três vertentes principais e interrelacionadas: o aumento do volume dos recursos despendidos na APS, o aumento da eficiência alocativa dos gastos federal, estaduais e municipais e o sistema de incentivos.

No plano ideológico, a superação das decodificações da APS seletiva e do nível de atenção, pela visão de uma estratégia de organização do SUS, tem implicações operacionais claras sobre o financiamento. Não se trata mais de estruturar uma ESF exclusivamente para regiões e para famílias pobres com recursos de baixa densidade tecnológica e de baixo custo. Do ponto de vista do financiamento, a opção pela APS como estratégia deve ser compreendida na dimensão que é colocada pela Organização Mundial da Saúde: *"A APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas"* ⁽⁹⁴⁾.

Do ponto de vista da eficiência alocativa deverão ser incrementados, relativamente, os gastos na ESF em relação aos gastos em procedimentos de médias e altas complexidades.

No plano federal, isso significará ajustar, gradativamente, até uma situação aceitável, a realidade crítica da curva de gastos mostrada no Gráfico 7. No plano estadual, implicará criar uma cultura de que coordenações estaduais, operadas pelas SESs, são imprescindíveis para se chegar a uma ESF forte e de qualidade. Esse trabalho de coordenação envolverá, por certo, um aporte significativo de recursos dos tesouros estaduais para as ações da ESF, o que permitirá, nos médio e longo prazos, estruturar uma curva de gastos mais equilibrada entre os níveis primário, secundário e terciário.

O fenômeno dos hospitais de pequeno porte que drena recursos, especialmente federais e municipais, que seriam mais eficientemente aplicados nos cuidados primários, deverá ser enfrentado em escala nacional.

Impõe-se uma política hospitalar de âmbito nacional, coordenada pelo Ministério da Saúde que financie, adequadamente, a constituição de uma rede regionalizada de hospitais social e sanitariamente necessários, ou seja, hospitais com escala adequada, operando em redes micro e macrorregionais, acreditados pelo menos em nível 1 e que sejam capazes de acolher oportunamente os beneficiários do SUS de forma eficiente, efetiva, segura e oportuna. Uma política hospitalar com esse recorte permitirá liberar recursos que são gastos, de forma ineficiente por pequenos hospitais que serão convertidos em outros tipos de unidades de saúde, fortalecendo a ESF. Uma política hospitalar, com uma concepção aproximada a essa, tem sido exercitada, em Minas Gerais, nos últimos anos, pelo Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP), com bons resultados, mas insuficientes por ser de âmbito estritamente estadual e por contar com poucos recursos financeiros ⁽²⁷⁶⁾. Uma política hospitalar deverá ter caráter nacional para impactar, significativamente, a organização da ESF do ponto de vista da eficiência alocativa.

O aumento global dos gastos com a ESF deverá vir dentro de um movimento maior de incremento dos gastos do SUS. A frustração da regulamentação da Emenda 29/2000 deverá ser seguida de uma nova estratégia que não aposte tanto nas possibilidades de que recursos adicionais sejam alocados ao SUS por meio dos mecanismos legislativos convencionais.

Uma visita à literatura internacional mostra as características perversas dos sistemas segmentados de atenção à saúde, como é o caso do Brasil. Apesar da diretriz constitucional de um sistema único de saúde, público e universal, a dinâmica social vem aprofundando um sistema segmentado, composto por três componentes: o SUS, o sistema público; e dois sistemas privados: o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto.

Os sistemas segmentados de atenção à saúde são justificados por um suposto aparentemente magnânimo de que, ao se instituírem sistemas específicos para quem pode pagar, sobriariam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos mais pobres. Contudo, as evidências mostram que esse suposto é falso e o que ocorre quando se segmentam os sistemas de atenção à saúde é, exatamente, o inverso. Ao criar-se um sistema singular para os pobres, dada a desorganização social desses grupos e sua baixa capacidade de vocalização política, esse sistema tende a ser subfinanciado ⁽²⁷⁷⁾. Os casos dos Estados Unidos e Chile são expressões dessa realidade ^(278, 279).

Essas evidências explicam a dificuldade de se aumentarem os recursos financeiros do SUS que são indecentemente baixos no nosso país. A razão é que os mais de 150 milhões de brasileiros que dependem, exclusivamente, do SUS, estão sub-representados no Congresso Nacional. Há uma enorme diferença na discussão do orçamento da saúde nos parlamentos de países que têm sistema público universal e países, como o Brasil, que têm sistema segmentado. No Reino Unido ou na Suécia, os parlamentares discutem o orçamento do sistema do qual eles e suas famílias dependem; no Brasil os parlamentares discutem o orçamento do SUS (o sistema dos pobres) que não utilizam, a não ser em condições especiais, porque têm um sistema privado financiado pelo conjunto da população. A única maneira de conseguir mais recursos para a saúde é mobilizando essa grande maioria e fazendo chegar, ao Congresso Nacional, uma legislação de iniciativa popular. É bom lembrar que o SUS é a política social de maior capilaridade no Brasil que chega, com legitimidade e regularidade, aos domicílios de mais da metade de nossa população, especialmente pelos ACSs.

De qualquer forma, além da frustração e do desencanto recentes, o incremento significativo de recursos para o SUS, para que ele possa desempenhar como um sistema público universal, na perspectiva mais otimista, levará muito tempo.

A questão no curto prazo será aumentar a eficiência alocativa dos recursos do SUS, no plano federal, deslocando relativamente, mais recursos para as ações da ESF relativamente às ações de médias e altas complexidades. Para isso, como defende Gilson Carvalho, bastaria cumprir a Constituição Federal que determina que, no mínimo, 15% dos recursos do orçamento do Ministério da Saúde sejam transferidos aos municípios, *per capita*, para a APS (CF, ADCT, 77 § 2º). O cumprimento da Constituição pelo Ministério da Saúde significaria, em 2011, um repasse aos municípios de R\$ 19,7 bilhões para a APS, um valor *per capita* de R\$ 55,00 ⁽²⁸⁰⁾

Um dos principais perigos que rondam a proposta da ESF é a perda de força dos incentivos para o aumento das equipes ou para a conversão da APS tradicional em ESF. Esses incentivos que foram fundamentais para ampliar a cobertura da ESF estão se enfraquecendo, ao longo do tempo, e se nada for feito, acabarão por desaparecer, o que será um desastre. As evidências de que a ESF é uma forma superior de organização da APS no SUS, implica continuar com a política de incentivos a esse modelo de cuidados primários porque o financiamento deve ser para todas as unidades de APS, mas deve haver incentivos exclusivos para as unidades da ESF, o que implicará manter uma fração variável para incentivar a implantação de novas equipes da ESF ou a conversão de unidades tradicionais em unidades da ESF ⁽²⁸¹⁾.

No financiamento da ESF, parte dos recursos deve ser transferida aos municípios, pelo MS e pelas SESS, sob a forma de incentivos ligados a desempenho e articulados

em contratos de gestão. A iniciativa do MS do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é uma proposta que caminha positivamente nesse sentido ⁽²⁸²⁾.

As transferências federais e estaduais para o PSF deverão fazer-se com critérios redistributivos. Assim, municípios mais pobres receberão um valor maior *per capita* que os municípios mais ricos. Um bom exemplo é o da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que passa um valor mensal para cada equipe de PSF, segundo um índice de necessidades de saúde que dividiu os municípios em quatro quartis, combinando necessidades de saúde e capacidade fiscal. Os municípios do quartil de maiores necessidades recebem um valor mensal que é duas vezes maior que o dos municípios de menores necessidades ⁽²⁸³⁾.

Os recursos do SUS não são suficientes para cumprir o mandamento constitucional de um sistema público universal e gratuito. Mas havendo vontade política são bastantes para fazer uma revolução na APS. Isso agregaria um enorme valor à saúde da população brasileira.

A superação dos problemas da ESF no SUS envolve um elenco amplo de mudanças conforme apresentado. Isso se impõe porque a ESF é um problema complexo e, como tal, seus problemas não podem ser solucionados por uma agenda restrita. A instituição da ESF como uma estratégia de organização do SUS e a consolidação do ciclo evolutivo da atenção primária à saúde no SUS implicam uma atuação que envolva todas as intervenções, anteriormente mencionadas, tomadas em seu conjunto. Isso não é uma questão simples, nem rápida, nem barata.

Essa agenda de propostas de renovação da APS no SUS por meio da consolidação da ESF está coerente com as mudanças dos cuidados primários na direção indicada pela Organização Mundial da Saúde, expressa no Quadro 1.

Quadro 1: O sentido das mudanças na implementação da reforma da atenção primária à saúde

IMPLEMENTAÇÃO ANTERIOR DA REFORMA DA APS	IMPLEMENTAÇÃO ATUAL DA MUDANÇA DA APS
Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados em populações rurais pobres	Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde
Concentração em mães e crianças	Atenção à saúde para toda a comunidade
Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa	Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e de doenças
Melhoria do saneamento e da educação em saúde no nível local	Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde
Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais	Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
Participação com mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais	Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de <i>accountability</i>
Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada	Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado
Gestão da escassez	Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal
Ajuda e cooperação técnica bilateral	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
APS como antítese do hospital	APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção
APS é barata e requer modestos investimentos	APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as alternativas

Fonte: Organização Mundial da Saúde ⁽⁹⁴⁾

Esses sentidos de mudança da APS, propostos pela Organização Mundial da Saúde, estruturam-se em profundas intervenções que refletem as convergências entre as evidências sobre: o que é necessário para uma resposta efetiva aos desafios da saúde no mundo de hoje; os valores da equidade, da solidariedade e da justiça social que dirigem o movimento da reforma da APS; e as expectativas crescentes da população nas sociedades modernas. Essas intervenções estruturam-se em quatro grandes grupos e são: as reformas em busca da cobertura universal para atingir a equidade em saúde; as reformas na prestação dos serviços de saúde para construir

um sistema de atenção à saúde centrado nas pessoas; as reformas na liderança dos sistemas de atenção à saúde para tornar as autoridades mais confiáveis; e as reformas nas políticas públicas para promover e proteger a saúde das comunidades ⁽⁹⁴⁾.

As reformas em busca da cobertura universal devem assegurar que os sistemas de atenção à saúde contribuam para a equidade em saúde, para a justiça social e para o fim da exclusão social, movendo-se, principalmente, na direção do acesso universal e da proteção social em saúde. As reformas na prestação de saúde devem reorganizar os serviços de saúde, especialmente a APS, a partir das necessidades e expectativas das pessoas, de modo a torná-los socialmente mais relevantes, mais responsivos a um mundo cambiante e capazes de produzir melhores resultados sanitários. As reformas na liderança devem procurar superar, de um lado, um estilo de gestão centralizado, de tipo comando-controle, e, de outro, uma destituição regulatória do Estado, construindo uma nova liderança inclusiva, participativa e negociadora, requerida pela complexidade dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos. As reformas nas políticas públicas devem articular a APS com a saúde pública e desenvolver uma integração das políticas públicas em intervenções intersetoriais.

CAPÍTULO 5 – O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESF

INTRODUÇÃO

Uma visita à literatura internacional e nacional permitiu a construção de uma proposta de um Modelo de Atenção às Condições Crônicas ⁽²¹⁾ que tem como base três outros modelos: o Modelo de Atenção Crônica ⁽³⁾, o Modelo da Pirâmide de Risco ^(284, 285, 286) e o Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead ⁽²⁸⁷⁾.

Por isso, faz-se nesse texto, uma diferenciação entre o Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model* (CCM), proposto por Wagner ⁽³⁾ e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, o MACC, originário do CCM, mas com modificações para adaptá-lo ao SUS, feitas por Mendes ⁽²¹⁾.

O MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA

O HISTÓRICO DO CCM

Os modelos de atenção às condições crônicas são de proposição recente e têm como modelo fundante, o CCM.

O CCM foi desenvolvido pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. O modelo inicial foi aperfeiçoado num projeto-piloto apoiado pela Fundação Robert Wood Johnson e, em seguida, submetido a um painel de expertos no tema. Posteriormente, foi testado nacionalmente por meio de um programa denominado *Improving Chronic Illness Care*. Em 2003, esse programa, com suporte de um grupo de consultores, atualizou o modelo com base em nova revisão da literatura internacional e nas experiências de sua implantação prática em várias situações. Posteriormente, cinco novos temas foram incorporados ao CCM: a segurança das pessoas usuárias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso.

Apesar da ampla difusão do CCM é bom estar atento à advertência de um de seus principais criadores: "*O modelo de atenção crônica não é uma panacéia, mas uma solução multidimensional para um problema complexo*" ⁽³⁾. É, por essa razão,

que o modelo funciona, já que constitui uma solução complexa e sistêmica para um problema difícil como o da atenção às condições crônicas.

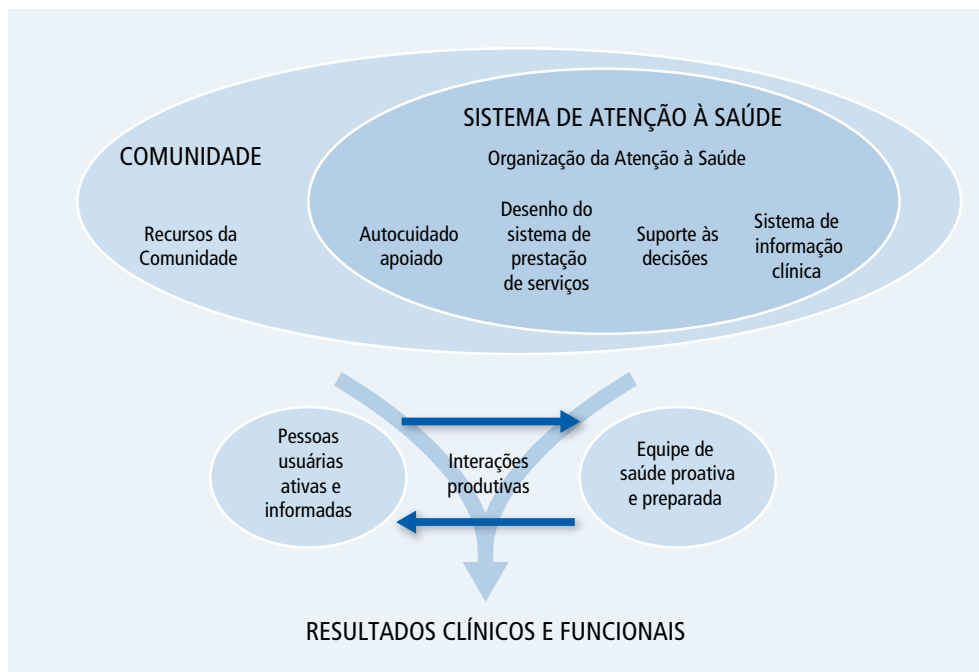
O CCM foi desenvolvido como resposta às situações de saúde de alta prevalência de condições crônicas e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições. A resposta a essa crise dos sistemas de atenção à saúde nos Estados Unidos foi o fator motivador para o desenvolvimento do CCM. Seus autores creem que as pessoas podem ser mais bem atendidas e podem viver mais saudavelmente e que, paralelamente, os custos da atenção à saúde podem ser diminuídos com a mudança radical do modelo de atenção à saúde.

A DESCRIÇÃO DO CCM

O trabalho original de apresentação do CCM é de Wagner ⁽³⁾, representado na Figura 7.

O CCM compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

Figura 7: O Modelo de Atenção Crônica



Fonte: Wagner ⁽³⁾

Autorização de uso de imagem concedida ao autor pelo *American College of Physicians*. Tradução para o português de responsabilidade do autor.

A descrição detalhada do CCM é feita abrangendo os seis elementos fundamentais do modelo ⁽²⁸⁸⁾.

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

As mudanças no primeiro elemento, a organização da atenção à saúde, objetivam criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade.

Isso se faz por meio de:

- Melhoria do suporte a essas mudanças em todos os níveis da organização, especialmente com seus líderes seniores;
- Introdução de estratégias potentes destinadas a facilitar as mudanças sistêmicas amplas;
- Fortalecimento aberto e sistemático do manejo dos erros e dos problemas de qualidade para melhorar a atenção à saúde;

- Provisão de incentivos baseados na qualidade da atenção à saúde;
- Desenvolvimento de acordos que facilitam a coordenação da atenção à saúde, dentro e através das organizações.

Um sistema de atenção à saúde que procura melhorar a atenção às condições crônicas deve estar preparado para mudanças na organização e para poder implementá-las por processos de gestão de mudanças. Os líderes seniores devem identificar as melhorias na atenção à saúde como um trabalho importante e traduzir essa percepção em políticas e metas dirigidas à aplicação de estratégias efetivas, envolvendo o uso de incentivos que reforcem as mudanças sistêmicas. As organizações efetivas tentam prevenir erros e problemas da atenção à saúde relatando e analisando os enganos e gerando mudanças para evitá-los. Problemas de falhas na comunicação e na coordenação da atenção à saúde devem ser prevenidos por meio de acordos que facilitem a comunicação e os fluxos de informações e de pessoas entre os gestores e os prestadores de serviços.

O DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

As mudanças no segundo elemento, o desenho do sistema de prestação de serviços de saúde, objetivam assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente e um autocuidado apoiado. Isso se faz por meio de:

- Clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe multiprofissional de saúde;
- Introdução de novas formas de atenção como atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância;
- Busca do equilíbrio entre atenção à demanda espontânea e atenção programada;
- Uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência;
- Provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas;
- Monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde;
- Provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura.

A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente fragmentado, reativo e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, focado na doença, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde. Isso exige

não somente determinar que atenção à saúde seja necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada, planejada e provida por uma equipe multiprofissional. Significa introduzir novas formas de atenção que vão além da consulta presencial face-a-face, como atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância. Requer, também, um monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar uma unidade de saúde. Há que se buscar o incremento dos atendimentos previamente programados em relação aos não programados feitos por demanda espontânea. As pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos. A alfabetização sanitária e a sensibilidade cultural são dois conceitos centrais na atenção à saúde. Os prestadores de serviços de saúde devem responder efetivamente às diversidades culturais das pessoas usuárias.

O SUPORTE ÀS DECISÕES

As mudanças no terceiro elemento, o suporte às decisões, objetivam promover uma atenção à saúde que seja consistente com as evidências científicas e com as preferências das pessoas usuárias. Isso se faz por meio de:

- Introdução de diretrizes clínicas baseadas em evidência na prática cotidiana dos sistemas de atenção à saúde;
- Compartilhamento das diretrizes clínicas baseadas em evidência e das informações clínicas com as pessoas usuárias para fortalecer sua participação na atenção à saúde;
- Uso de ferramentas de educação permanente e de educação em saúde de comprovada efetividade;
- Integração da APS com a atenção especializada.

As decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes clínicas necessitam ser discutidas com as pessoas usuárias de forma que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada. Os profissionais de saúde devem ser permanentemente educados para que estejam em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação continuada tradicional e permitam mudar os comportamentos desses profissionais. Para mudar as práticas, as diretrizes clínicas devem estar integradas com sistemas de lembretes, de alertas e de *feedbacks* ofertados em tempo real. O envolvimento de especialistas como suporte às equipes de APS, para o cuidado das pessoas portadoras de condições crônicas de maiores riscos ou complexidades, é fundamental.

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

As mudanças no quarto elemento, o sistema de informação clínica, objetivam organizar os dados da população e das pessoas usuárias para facilitar uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva. Isso se faz por meio de:

- Utilização rotineira de prontuários clínicos informatizados;
- Provisão de alertas, de lembretes e de *feedbacks* oportunos para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias;
- Identificação de subpopulações relevantes, em função de riscos, para uma atenção à saúde proativa e integrada;
- Elaboração de um plano de cuidado individual para cada pessoa usuária;
- Compartilhamento de informações clínicas entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias para possibilitar a coordenação da atenção à saúde;
- Monitoramento do desempenho da equipe de saúde e do sistema de atenção à saúde.

A atenção efetiva às condições crônicas é virtualmente impossível sem um sistema de informação que assegure o pronto acesso a dados-chave de uma população e de suas subpopulações e de cada pessoa individualmente. Um sistema de informação deve facilitar a atenção à saúde às pessoas usuárias provendo alertas, lembretes e *feedbacks* oportunos para os serviços necessários e resumizando dados que facilitem a elaboração dos planos de cuidado. No âmbito populacional, o sistema de informação clínica deve identificar grupos de riscos que necessitem de abordagens diferenciadas de atenção à saúde, bem como permitir o monitoramento do desempenho do sistema e dos esforços em busca de uma melhor qualidade dos serviços ofertados.

O AUTOCUIDADO APOIADO

As mudanças no quinto elemento, o autocuidado apoiado, objetivam preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso se faz por meio de:

- Ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde;
- Uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as tecnologias de solução de problemas e o monitoramento;
- Organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias.

O efetivo autocuidado é muito mais que dizer às pessoas usuárias o que devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde

e desenvolver um sentido de auto-responsabilidade sanitária. Inclui o uso regular de programas de apoio, construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. O autocuidado não começa e termina com uma aula. Assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. É a gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

OS RECURSOS DA COMUNIDADE

As mudanças no sexto elemento, os recursos da comunidade, objetivam mobilizar esses recursos para atender às necessidades das pessoas usuárias. Isso se faz por meio de:

- Encorajamento das pessoas usuárias para participarem em programas comunitários efetivos;
- Parcerias entre as organizações de saúde e as organizações comunitárias para dar apoio e desenvolver programas que ajudem a atender às necessidades das pessoas usuárias;
- Advocacia de políticas que melhorem a atenção à saúde.

Olhando para fora de si, as organizações de saúde podem fortalecer a atenção à saúde e evitar a multiplicação de esforços. Os programas comunitários existentes podem dar apoio ou expandir a atenção à saúde. Os conselhos locais de saúde podem exercitar, democraticamente, o controle social e melhorar a qualidade da atenção à saúde.

A implantação dos seis elementos do modelo geram pessoas usuárias ativas e informadas interagindo com equipes de saúde proativas e preparadas.

Pessoas usuárias ativas e informadas significa que elas dispõem de motivação, informação, habilidades e confiança para efetivamente tomar decisões sobre sua saúde e para gerenciar sua condição crônica.

Equipe de saúde proativa e preparada é aquela que atua proativamente na interação com as pessoas usuárias, com base em informações significativas, com suporte e recursos necessários para prover uma atenção de alta qualidade.

A interação entre pessoas usuárias ativas e informadas e equipe de saúde proativa e preparada produz, ao final, melhores resultados clínicos e funcionais.

A AVALIAÇÃO DO CCM

Há evidências, na literatura internacional, sobre os efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, seja na sua avaliação conjunta, seja na avaliação de seus elementos separadamente.

O estudo avaliativo clássico do CCM foi realizado pela Rand Corporation e pela Universidade de Berkeley, Califórnia ⁽²⁸⁹⁾, e teve dois objetivos: avaliar as mudanças ocorridas nas organizações de saúde para implementar o CCM e estabelecer o grau em que a adoção desse modelo melhorou os processos e os resultados em relação às condições crônicas. Essa avaliação durou quatro anos e envolveu aproximadamente 4 mil portadores de diabetes, insuficiência cardíaca, asma e depressão, em 51 organizações de saúde. Mais de uma dezena e meia de artigos foram publicados sobre essa avaliação, mas os principais resultados foram: as organizações foram capazes de apresentar melhorias fazendo uma média de 48 mudanças em 5,8 dos 6 elementos do CCM; os portadores de diabetes tiveram um decréscimo significativo de seu risco cardiovascular; os portadores de insuficiência cardíaca apresentaram melhores tratamentos e utilizaram menos 35% de internações, medidas por leitos/dia; os portadores de asma e diabetes receberam tratamentos mais adequados às suas doenças; e as mudanças produzidas pela implantação do CCM tiveram sustentabilidade em 82% das organizações estudadas e se difundiram dentro e fora dessas organizações ^(290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301).

Vários outros trabalhos de avaliação do CCM estão disponíveis na literatura. Alguns são de avaliação geral da aplicação do modelo, parte deles publicados por autores que participaram ativamente de sua concepção ^(35, 302, 303, 304, 305, 306, 307). Há vários estudos avaliativos do CCM utilizando ensaios clínicos randomizados ^(308, 309, 310). Outros estudos avaliativos voltaram-se para a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas ^(311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319). Outros trabalhos analisaram condições crônicas particulares ^(320, 321, 322). Outras avaliações trataram de aspectos organizacionais relativos à atenção às condições crônicas ^(323, 324, 325, 326). Há outros estudos que se fixaram na avaliação econômica da atenção crônica, especialmente estudos de custo-efetividade ^(327, 328, 329). Por fim, elaboraram-se trabalhos de avaliação da satisfação das pessoas usuárias ^(18, 330). O CCM funciona melhor quando se fazem mudanças que envolvem o conjunto dos seus seis elementos porque eles se potenciam uns aos outros ⁽¹⁸⁾.

Uma parte significativa dos trabalhos avaliativos mencionados trata da aplicação do CCM na APS, o que significa que o modelo opera com efetividade, eficiência e qualidade nos cuidados primários.

A APLICAÇÃO DO CCM

O CCM, apesar de desenvolvido, aplicado e avaliado nos Estados Unidos, não é adotado extensamente naquele país, com exceção para as organizações que se estruturam como sistemas integrados de atenção à saúde e que cobrem, apenas, em torno de 5% da população daquele país ⁽²⁷⁾. A razão pela qual ele não é intensivamente utilizado no país norte-americano é que o CCM guarda certa incompatibilidade com os princípios organizativos ali prevaletentes como a fragmentação do sistema, os incentivos econômicos perversos, a ausência de uma orientação para a APS e a inexistência de um foco populacional ⁽¹⁸⁾.

A proposta original do CCM foi adaptada em vários países e situações, gerando uma série de modelos derivados em países em desenvolvimento e em países desenvolvidos.

Esse modelo encontra um ambiente melhor de desenvolvimento em sistemas atenção à saúde, públicos e universais ⁽¹⁸⁾. Por isso, tem sido implantado, com ajustes, mais ou menos profundos, em países como Alemanha, Austrália, Canadá, Dinamarca, Holanda, Itália, Noruega, Reino Unido, Nova Zelândia, Singapura e outros, e em países em desenvolvimento ^(4, 21, 43).

A partir da análise da experiência dos Estados Unidos, sugeriu-se que o CCM deveria ser implantado extensivamente na Europa e propôs os seguintes elementos-chave de sua adaptação àquela região: a cobertura universal; a limitação dos co-pagamentos para permitir o acesso aos serviços de saúde; a APS organizada com base em populações e subpopulações cadastradas no sistema de atenção à saúde, estratificadas por riscos; as ações de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde como parte integrante do modelo; a integração clínica; e o uso de tecnologias de gestão da clínica, como o gerenciamento de doença e a gestão de caso ⁽¹⁸⁾.

No Reino Unido, o CCM gerou o modelo de atenção à saúde e assistência social para enfrentar as condições crônicas de longa duração, em consonância com o Plano de Melhoria do Serviço Nacional de Saúde. Esse modelo integra as ações dos setores de saúde e de assistência social ⁽²⁸⁴⁾. O modelo assenta-se em intervenções realizadas em três âmbitos: na infraestrutura, no sistema de atenção à saúde e nos resultados da atenção à saúde. No sistema de atenção à saúde, as intervenções são na promoção da saúde, no autocuidado apoiado, no gerenciamento de doença e na gestão de caso. Nos resultados, procura-se chegar a pessoas usuárias mais bem informadas e empoderadas e a profissionais de saúde e de assistência social proativos e bem preparados. Os fatores-chave do modelo de atenção à saúde e assistência social são:

um enfoque sistemático para integrar atenção à saúde, assistência social, profissionais e pessoas usuárias; a identificação de todos os portadores de condições crônicas; a estratificação das pessoas usuárias para que possam receber atenção diferenciada segundo suas necessidades; o uso da gestão de caso para pessoas com condições crônicas complexas; a capacidade de identificação de pessoas usuárias que usam intensivamente os serviços; a utilização de equipes multiprofissionais na APS, com apoio de especialistas; a ênfase no autocuidado apoiado; e o uso de instrumentos e tecnologias já disponíveis para produzir impacto na saúde das pessoas.

No Canadá, na província de British Columbia, tem sido usado o modelo de atenção crônica expandido. As autoridades sanitárias dessa província sentiram que o CCM era excessivamente focalizado em aspectos clínicos, o que dificultaria sua aplicação nas ações de promoção da saúde. Por isso, introduziram, no CCM, o componente de promoção da saúde, voltado para os determinantes sociais da saúde e para a participação da comunidade o que expande o escopo do modelo ^(331, 332).

Na Austrália, tem sido utilizado o modelo da continuidade da atenção à saúde baseado na constatação de que as condições crônicas desenvolvem-se em resposta a diferentes riscos, de forma progressiva. A evolução das condições crônicas se inicia por uma população saudável, depois por subpopulações com presença de fatores de risco, depois por subpopulações com condição crônica estabelecida com diferentes riscos e subpopulações portadoras de condições crônicas em estado terminal. Para cada um desses estágios definem-se intervenções singulares de promoção da saúde, de atuação sobre os fatores de risco, as ações de recuperação e reabilitação e de cuidados paliativos para os portadores de condições terminais ⁽³³³⁾.

Uma variante do modelo de continuidade da atenção à saúde foi implementada na Nova Zelândia, o modelo do curso da vida. O curso da vida aponta para uma evolução contínua que vai de uma população protegida para uma população vulnerável, daí para uma população com condição estabelecida sem complicações e, finalmente, para uma população com condição de saúde estabelecida com complicações. A cada momento de evolução respondem-se com ações de promoção primária, secundária e terciária à saúde ⁽³³⁴⁾.

Na Dinamarca, desenvolveu-se um sistema que combina o modelo expandido de atenção crônica com o modelo de continuidade da atenção à saúde. Esse modelo materializa-se através de serviços baseados na comunidade e na atenção domiciliar ⁽³³⁵⁾.

Na Holanda, o governo implementou os componentes do CCM, num programa de atenção transmurais, que se destina a superar a brecha entre a atenção hospitalar e comunitária ⁽³³⁶⁾.

Variantes do CCM têm sido aplicadas na Ásia. Em Singapura foi proposto um modelo baseado na APS e no autocuidado, mas com pouca ênfase em mudanças organizacionais ⁽³³⁷⁾.

Um modelo importante que representa, também, uma expansão do CCM, é o modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas (CICC), proposto pela Organização Mundial da Saúde ⁽⁴⁾ e aplicado em vários países, muitos deles países em desenvolvimento. A expansão do modelo de atenção crônica, perseguida pelo modelo da Organização Mundial da Saúde, deriva de sua inserção em um contexto político mais abrangente que envolve as pessoas usuárias e suas famílias, as comunidades e as organizações de saúde. O CICC propõe-se a melhorar a atenção à saúde em três níveis: o nível micro, o nível meso e o nível macro. Sua implementação faz-se a partir de oito elementos essenciais: apoiar a mudança de paradigma; gerenciar o ambiente político; desenvolver um sistema integrado de atenção à saúde; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o cuidado na pessoa usuária e na família; apoiar as pessoas usuárias em suas comunidades; e enfatizar a prevenção. Há evidências de que componentes específicos desse modelo determinam melhorias em alguns processos e resultados sanitários, mas não há evidência robusta do valor do foco nas políticas de saúde ⁽³³⁸⁾.

No Brasil, o CCM tem sido utilizado, pelo menos parcialmente, como parte de experiências inovadoras de cuidados de condições crônicas no SUS, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba ⁽³³⁹⁾, no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre ⁽³⁴⁰⁾, na Secretaria Municipal de Saúde de Diadema ⁽³⁴¹⁾ e pelo projeto Qualidia do Ministério da Saúde que atua em vários municípios: Anchieta, Antônio Carlos, Florianópolis, Iha de Itamaracá, Recife, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Lourenço da Mata, Silva Jardim e Tijucas ⁽³⁴²⁾.

O CCM foi acolhido pelo Ministério da Saúde no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 ⁽³⁴³⁾.

O CCM NA PRÁTICA

Há vários trabalhos que relatam a aplicação prática do CCM.

Aqui se escolhe um deles, um programa denominado de *Accelerating Change Today* (ACT) nos Estados Unidos ⁽³⁴⁴⁾. O ACT é um programa que objetiva a melhoria da qualidade da atenção à saúde através da identificação de melhores práticas e de inovações clínicas e administrativas que propiciem: melhoria dos resultados sanitários para as pessoas; maior eficiência na prestação dos serviços; incremento do acesso a

serviços prestados oportunamente; facilitação do uso dos serviços; diminuição dos custos; e redução dos erros médicos e dos cuidados impróprios.

O ACT é apresentado numa publicação que contém uma introdução conceitual e vários estudos de caso sobre o manejo de condições crônicas com a utilização do CCM. A introdução conceitual é feita por Edward Wagner, o coordenador da equipe que desenvolveu o CCM. A constatação desse autor é que os casos tiveram sucesso porque as organizações adotaram três ingredientes mais importantes: uma clara definição do que é o cuidado ótimo; uma clara estratégia para mudar o sistema; e uma efetiva estratégia para promover as melhorias no sistema⁽³⁴⁵⁾. Com relação aos ingredientes da estratégia para mudança do sistema de atenção à saúde colocam-se desafios e soluções que se estruturam a partir dos seis elementos do CCM.

Desafio 1: A mudança do modelo de atenção à saúde não é prioridade das organizações de saúde.

Solução 1: A organização da atenção à saúde

- A implantação do novo modelo de atenção crônica deve ser uma prioridade das organizações de saúde e de seus principais líderes e parte essencial dos seus planos estratégicos.

Desafio 2: Os problemas das condições crônicas não podem ser resolvidos por um sistema centrado nos médicos e, exclusivamente, em consultas presenciais face-a-face de 15 minutos, estruturadas na lógica da atenção às condições e aos eventos agudos e com forte conteúdo prescritivo.

Solução 2: O desenho do sistema de prestação de serviços

- A atenção às condições crônicas deve envolver uma equipe multiprofissional que atua com atendimentos programados e monitoramento das pessoas usuárias; esses atendimentos programados são estruturados com base em diretrizes clínicas construídas por evidências, em informações clínicas relevantes e em ações organizadas para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada; esses atendimentos programados podem ser individuais ou em grupos e incluem atenção às agudizações das condições crônicas, ações preventivas, ações educacionais e ações de autocuidado apoiado; um sistema de monitoramento das pessoas usuárias, realizado por membros das equipes de saúde, deve estar presente, seja presencial, seja a distância, por meio de telefone ou correio eletrônico.

Desafio 3: A equipe de saúde não dispõe das informações necessárias para fazer as decisões clínicas em tempo oportuno.

Solução 3: Suporte às decisões

- É necessária a introdução de diretrizes clínicas para dar apoio às decisões. Há evidências de que as diretrizes clínicas só produzem mudanças comportamentais nas pessoas usuárias e nos profissionais de saúde quando são acompanhadas por sistemas de educação permanente potentes, sistemas de lembretes, alertas e *feedbacks*, incentivos econômicos e não econômicos e apoio de profissionais-líderes.

Desafio 4: A dificuldade de acessar as informações críticas relativas às pessoas usuárias e à população torna difícil a prestação de uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas.

Solução 4: Sistema de informação clínica

- É preciso estruturar um sistema de informação clínica efetivo em relação às condições crônicas de todas as pessoas usuárias, o que leva à necessidade de prontuários clínicos informatizados. Isso é a base para a montagem de planos de cuidados para todas as pessoas usuárias e para seu monitoramento constante. Esse sistema de informação clínica provê *feedback* de performance e identifica pessoas com necessidades especiais de atenção, segundo riscos.

Desafio 5: As pessoas conhecem pouco sobre suas próprias condições de saúde e dispõem de baixa capacidade em termos de habilidades e de confiança para se autocuidarem.

Solução 5: Autocuidado apoiado

- As tecnologias de autocuidado apoiado devem ser uma parte essencial do CCM. Há evidências robustas de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. Isso significa fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde.

Desafio 6: Os recursos institucionais das organizações de saúde não são suficientes para dar suporte a todas as necessidades de saúde das pessoas e de suas famílias.

Solução 6: Recursos da comunidade

- Deve-se buscar uma integração entre os recursos das organizações de saúde com os recursos existentes na comunidade. Assim, os recursos comunitários devem complementar os recursos das organizações de saúde para se alcançar uma atenção de qualidade para as condições crônicas.

O Boxe 2 expõe um estudo de caso da aplicação do CCM na APS.

Boxe 2: CCM no Health Disparities Collaboratives

Nos Estados Unidos, instituiu-se uma rede de centros de APS, a Health Disparities Collaboratives, organizada com integração com serviços especializados, com o objetivo de melhorar a atenção às condições crônicas. A missão da rede é substituir a APS fragmentada, episódica e reativa por uma atenção integral, contínua e proativa. Seu lema é mudar a prática da rede colaborativa para mudar a vida das pessoas.

A rede adotou o CCM em sua organização, atingindo, no período de 1998 a 2002, 414 equipes de APS e trabalhando com as seguintes condições crônicas: diabetes, asma, depressão, doenças cardiovasculares e câncer.

As principais mudanças nos seis elementos do modelo de atenção crônica foram:

Organização da atenção à saúde

Os esforços de melhoria da atenção à saúde estão articulados com um sistema de qualidade. O plano estratégico das organizações de saúde enfatiza a lógica da atenção às condições crônicas e transforma isso em metas claras de alcance de resultados sanitários e econômicos. Há um envolvimento dos profissionais de saúde com liderança, nesse esforço. As ações estratégicas são suportadas por recursos humanos, materiais e financeiros adequados. As mudanças nesse elemento envolveram: expressar a melhoria da atenção às condições crônicas na visão, na missão, nos valores e nos planos estratégico e tático das organizações; envolver as lideranças nesse esforço de atenção às condições crônicas; assegurar uma liderança contínua para a melhoria da qualidade clínica; e integrar o modelo de atenção a um programa de qualidade.

Desenho do sistema de prestação de serviços

O sistema de atenção não somente determina que tipo de cuidado é necessário, mas torna claros os papéis e as tarefas que se impõem para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada. Também, assegura que toda a equipe de saúde envolvida com a atenção a uma pessoa tenha informação atualizada sobre sua saúde e seja capaz de monitorá-la ao longo do tempo. A atuação da equipe de saúde está calcada nas necessidades das pessoas usuárias e nas metas de autocuidado. São realizados atendimentos pela equipe de saúde com portadores de uma mesma condição. As mudanças nesse elemento envolveram: usar o prontuário clínico para elaboração e monitoramento do plano de cuidado; definir o papel da equipe multiprofissional de saúde nos atendimentos de grupos de pessoas usuárias; designar membros das equipes de saúde para monitoramento das pessoas usuárias através de chamadas telefônicas, correio eletrônico e de visitas domiciliares; e usar agentes de saúde comunitários para ações fora das unidades de saúde.

Boxe 2: CCM no Health Disparities Collaboratives**Suporte às decisões**

As decisões relativas ao manejo das condições crônicas estão estruturadas em diretrizes clínicas desenvolvidas através da medicina baseada em evidência. Essas diretrizes integram-se na prática cotidiana das unidades de saúde. Isso exigiu a transformação das diretrizes clínicas em produtos educacionais e sua aplicação às equipes de saúde, através de programas de educação permanente, e às pessoas usuárias, através de instrumentos de educação em saúde. As mudanças nesse elemento envolveram: introduzir as diretrizes clínicas baseadas em evidências na ação cotidiana do sistema de atenção à saúde; estabelecer uma relação fluida entre a equipe de APS e os especialistas temáticos para um suporte especializado eficaz; promover a educação permanente para toda equipe de saúde; e promover, com base nas diretrizes clínicas, a educação em saúde das pessoas usuárias.

Sistema de informação clínica

A utilização de um sistema de informação clínica, tanto para pessoas usuárias individuais quanto para grupos populacionais, tem sido fundamental para o manejo das condições crônicas. A prioridade é o uso de prontuários clínicos eletrônicos. Esse sistema de informação clínica é que permite uma integração dos seis elementos do modelo de atenção e a elaboração e o monitoramento do plano de cuidado de cada pessoa usuária. As mudanças nesse elemento envolveram: introduzir o prontuário clínico eletrônico; desenvolver o processo de utilização cotidiana do prontuário clínico eletrônico; fazer o registro de cada condição crônica por grau de risco; e usar o prontuário clínico eletrônico para gerar lembretes, alertas e *feedbacks* para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias e para produzir indicadores de efetividade clínica do sistema de atenção à saúde.

Autocuidado apoiado

O autocuidado apoiado é diferente de dizer às pessoas o que fazer. Os usuários desempenham um papel central em determinar sua atenção à saúde, desenvolvendo um sentido de responsabilidade por sua própria saúde. Na prática esse enfoque implica uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir o problema, estabelecer as metas, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo da condição crônica. As mudanças nesse elemento envolveram: usar instrumentos de autocuidado baseados em evidências clínicas; estabelecer metas de autocuidado em conjunto com as pessoas usuárias; treinar os profissionais de saúde para que colaborem com as pessoas usuárias no estabelecimento de metas para o autocuidado; monitorar as metas de autocuidado; usar a atenção em grupos de pessoas usuárias para dar suporte ao autocuidado; prover o apoio ao autocuidado através de ações educacionais, informações e meios físicos; e buscar recursos da comunidade para que as metas de autogerenciamento sejam obtidas.

Recursos da comunidade

É preciso envolver a comunidade nos programas de atenção às condições crônicas. Assim, articulam-se as ações das organizações de saúde com a comunidade, especialmente com as organizações da sociedade civil (igrejas, clubes, organizações não governamentais, movimentos sociais etc.). As mudanças nesse elemento envolveram: estabelecer parcerias com outras organizações comunitárias para dar suporte aos programas de enfrentamento às condições crônicas; dar relevo às ações intersetoriais, especialmente na promoção da saúde; elevar a consciência da comunidade em relação ao problema das condições crônicas; e proporcionar uma lista de recursos comunitários para as equipes de saúde e para as pessoas usuárias e suas famílias.

Boxe 2: CCM no Health Disparities Collaboratives

Os resultados da aplicação do CCM na APS se fizeram sentir rapidamente. Pesquisas avaliativas obtiveram os seguintes resultados: numa amostra de 8.030 portadores de diabetes, a hemoglobina glicada caiu de 9,0% em março de 1999 a 8,0% em julho de 2001; numa amostra de 1.200 portadores de asma, a porcentagem de pessoas usuárias com asma persistente recebendo medicação apropriada com adesão à medicação anti-inflamatória aumentou de 10% para 70% em, apenas, dez meses de introdução do novo modelo; e houve uma rápida melhoria nos sintomas, em mais da metade dos portadores de depressão.

Fonte: Health Disparities Collaboratives ⁽³⁴⁶⁾

O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS

Um segundo modelo que está presente na construção do MACC é o modelo da pirâmide de riscos (MPR), conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente (KP), uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou na sua rotina assistencial.

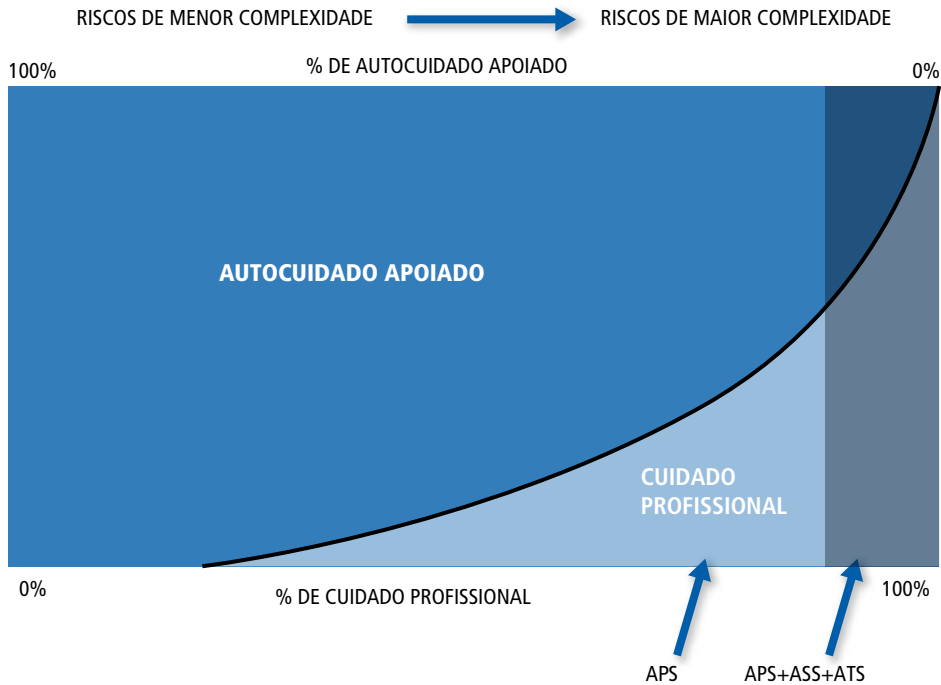
O MPR transcendeu a organização que o criou e tem sido utilizado, crescentemente, em países como Austrália, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Nova Zelândia e Reino Unido ⁽²⁰⁾. A aplicação desse modelo em diferentes países e em sistemas públicos e privados vem enriquecendo sua utilização na prática social. No Reino Unido, o MPR tem sido extensivamente adotado, com bons resultados, em projetos realizados em várias regiões, num experimento denominado de Kaiser Beacon, conduzido pela Agência de Modernização do Serviço Nacional de Saúde ⁽³⁴⁷⁾.

OS MODELOS DE BASE DO MPR

O MPR está em consonância com os achados de Leutz ⁽³⁴⁸⁾. Para esse autor as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição. A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo grupo seria constituído por portadores de condição moderada. O terceiro grupo seria constituído por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado.

Além disso, o MPR está sustentado pela teoria do espectro da atenção à saúde, utilizada pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, representada na Figura 8 ⁽³⁴⁹⁾.

Figura 8: O espectro da atenção à saúde nas condições crônicas



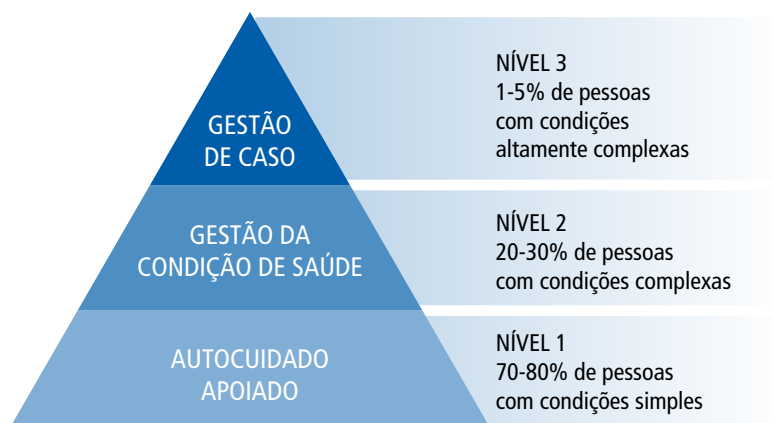
APS: Atenção primária à saúde
 ASS: Atenção secundária à saúde
 ATS: Atenção terciária à saúde
 Fonte: Brock ⁽³⁴⁹⁾

Conforme se verifica na Figura 8, o cuidado das condições crônicas estabelece-se num espectro que varia de 100% de autocuidado apoiado (por exemplo, escovação regular dos dentes) até 100% de cuidado profissional (por exemplo, um procedimento de neurocirurgia). Entre esses dois extremos tende a haver um *mix* de autocuidado apoiado e de cuidado profissional. Esse *mix* varia em função da complexidade dos riscos, de tal forma que pessoas com condições crônicas simples terão uma proporção de autocuidado apoiado maior em relação ao cuidado profissional, que as pessoas portadoras de condições crônicas muito ou altamente complexas.

A DESCRIÇÃO DO MPR

O MPR se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Por sua vez, o cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso. O MPR está representado na Figura 9.

Figura 9: O modelo da pirâmide de riscos



Fontes: Department of Health ⁽²⁸⁴⁾; Porter e Kellogg ⁽²⁸⁶⁾.

A Figura 9 mostra que uma população portadora de uma condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade: 70% a 80% estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condição simples; 20% a 30% estão no nível 2 e são pessoas que apresentam condição complexa; e, finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa.

O MPR evoluiu gradativamente desde um foco em portadores de condições de saúde muito complexas até os seus três níveis atuais ⁽³⁵⁰⁾. O foco foi, inicialmente, na atenção às pessoas com necessidades altamente complexas (nível 3), à semelhança de outros modelos, o modelo *Evercare* ⁽³⁵¹⁾ e o modelo *Pfizer* ⁽³⁵²⁾, mas evoluiu para incorporar a população inteira de portadores de uma determinada condição crônica e atendê-la com intervenções próprias dos três níveis de necessidades.

O MPR sofreu influência do CCM, mas apresenta algumas singularidades: a integração do sistema de atenção à saúde; a estratificação da população por riscos e o seu manejo por meio de tecnologias de gestão da clínica; os esforços em ações

promocionais e preventivas; a ênfase no autocuidado apoiado; o alinhamento da atenção com as necessidades de saúde das pessoas usuárias; o fortalecimento da APS; a completa integração entre a APS e a atenção especializada; e a ênfase na tecnologia de informação voltada para a clínica.

Sua lógica está em promover a saúde de toda a população, de estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição estabelecida e de manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas por meio da tecnologia de gestão de caso.

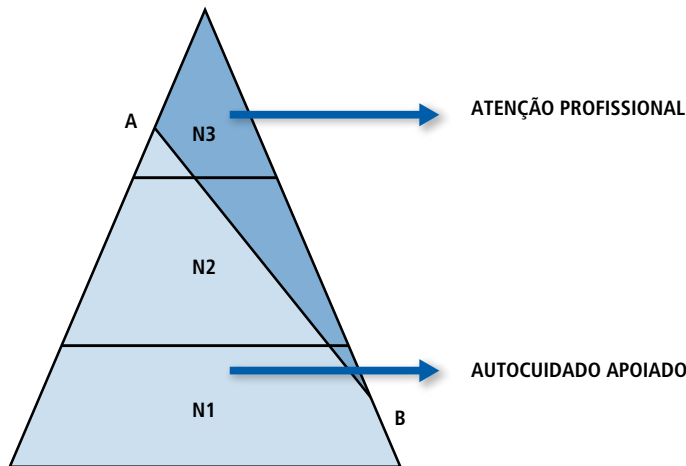
As características principais do MPR são estabelecidas nos campos dos princípios gerais e das estratégias-chave.

Nos princípios gerais: alinhamento da atenção à saúde com as necessidades de saúde da população situada nos diferentes estratos de riscos; as pessoas usuárias são parceiras na atenção à saúde; as pessoas usuárias são consideradas autoprestadoras de cuidados; a informação de saúde é essencial; a melhoria da atenção se dá pela colaboração entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias; as pessoas usuárias são consideradas membros da equipe de APS; a APS é fundamental, mas seus limites com a atenção secundária devem ser superados; uso intensivo de cuidado por internet (e-cuidado); e o uso não programado dos cuidados especializados e das internações hospitalares é considerado uma falha sistêmica, portanto, um evento-sentinela.

Nas estratégias-chave: a educação das pessoas usuárias em todos os níveis de atenção, prestada de forma presencial e a distância; a educação em saúde deve abranger todo o espectro da atenção às condições crônicas; o sistema de atenção à saúde deve ter foco nas pessoas segundo riscos, ser proativo e ofertar atenção integral; o plano de cuidado deve ser feito de acordo com diretrizes clínicas baseadas em evidência que normatizem o fluxo das pessoas no sistema e em cooperação entre as equipes e as pessoas usuárias; e a atenção deve estar suportada por sistemas de tecnologia de informação potentes, especialmente por prontuários clínicos integrados ⁽⁴³⁾.

O MPR, em coerência com o espectro da atenção à saúde nas condições crônicas, divide, em dois grandes blocos a natureza do cuidado, o que é representado na Figura 10 pela linha AB.

Figura 10: Concentração relativa de atenção profissional e autocuidado apoiado



N1: Nível 1;

N2: Nível 2

N3: Nível 3.

Fonte: Brock ⁽³⁴⁹⁾

A parte superior da linha AB significa a atenção profissional e a parte inferior da linha AB significa o autocuidado apoiado. Pode-se, então, verificar que à medida em que evolui o grau de risco de uma população portadora de condição crônica, vai se modificando a relação entre autocuidado apoiado e atenção profissional. Conseqüentemente, as condições crônicas simples, que constituem 70% a 80% dos casos, são enfrentadas com concentração relativa de autocuidado apoiado; ao contrário, as condições crônicas altamente complexas, até 5% dos casos, tendem a ter uma concentração maior de atenção profissional.

O MPR divide as pessoas portadoras de uma condição crônica em três níveis, segundo estratos de risco definidos por graus de necessidades, conforme se vê na Figura 9.

No nível 1 está uma subpopulação com uma condição crônica simples e bem controlada e que apresenta um baixo perfil de risco geral. Essas pessoas têm uma capacidade para se autocuidarem e constituem a grande maioria da população total portadora da condição crônica.

No nível 2, a subpopulação apresenta um risco maior porque tem um fator de risco biopsicológico ou uma condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou um potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de uma equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de APS com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para essa subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nessa população, um alto uso de recursos de atenção à saúde.

Finalmente, no nível 3 está a subpopulação com necessidades altamente complexas e/ou pessoas usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar, e que requerem um gerenciamento ativo por parte de um gestor de caso. Há, nessa subpopulação, um uso muito intensivo de recursos de atenção à saúde.

Na Figura 10, a parte inferior à linha AB, cuja área é dominada por níveis de complexidade menores, corresponde ao campo de ação de concentração relativa das intervenções de autocuidado apoiado em relação à atenção profissional. Diferentemente, a parte superior à linha AB, cuja área é dominada por níveis de complexidade mais altos, corresponde ao campo de ação em que há uma maior proporção de atenção profissional em relação ao autocuidado apoiado, envolvendo, inclusive, a atenção especializada; no terceiro nível predomina a atenção profissional, convocando a ação coordenadora de um profissional de saúde que cumpre as funções de um gestor de caso.

De outra parte, os níveis de complexidade definem composições relativas entre os cuidados da APS e da atenção especializada e dos cuidados de generalistas e de especialistas. Além disso, têm influências na definição das coberturas de atendimentos pelos profissionais porque à medida em que a complexidade aumenta há uma maior concentração de cuidados profissionais especializados.

Por exemplo, no nível 1, o cuidado é provido, em geral, por profissionais da ESF, seja como apoiadores ao autocuidado, seja como provedores de cuidado profissional. Nos níveis 2 e 3, há a presença de profissionais especializados que atuam coordenadamente com os profissionais da ESF. No nível 3, há uma presença relativa forte de cuidados profissionais, coordenados por um gestor de caso.

Essa lógica de organização tem um forte impacto racionalizador na agenda dos profissionais de saúde. É comum que as equipes da ESF que não trabalham com a estratificação de riscos das condições crônicas, ofereçam, excessivamente, consultas médicas e de enfermagem comprometendo a sua agenda com cuidados que não

agregam valor às pessoas. Por exemplo, no SUS, é rotineiro que os portadores de hipertensão de baixo e médio riscos estejam recebendo 6 consultas médicas e 6 consultas de enfermagem por ano, o que não é necessário, segundo as evidências científicas. Essa sobreoferta de serviços profissionais compromete e desorganiza a agenda das unidades da ESF. Além disso, não raro essas pessoas são encaminhadas a especialistas, comprometendo a agenda desses profissionais desnecessariamente.

A aplicação do MPR no manejo das condições crônicas na ESF tem várias implicações práticas: a distribuição relativa do autocuidado e do cuidado profissional; a distribuição relativa da atenção profissional, por membros, na equipe multiprofissional; a distribuição relativa da atenção geral e especializada; e a racionalização da agenda dos profissionais de saúde.

Para que o MPR seja implantado na rotina da clínica, é fundamental que as diretrizes clínicas relativas às condições crônicas, estratifiquem a população por estratos de riscos, como por exemplo: pessoas portadoras de hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco, gestantes de risco habitual e de alto risco, pessoas idosas robustas e pessoas idosas frágeis.

É preciso ter claro que, na aplicação clínica, os estratos de risco devem ser cruzados com a capacidade de autocuidado das pessoas portadoras de condições crônicas. Dessa forma, em algumas situações, uma pessoa estratificada no nível 1, se tiver uma capacidade muito baixa de autocuidado, poderá ter uma concentração de cuidados profissionais maior que a preconizada na linha-guia para aquele nível de estratificação.

AS EVIDÊNCIAS DO MPR

Há evidências de que o MPR, quando aplicado, melhorou a qualidade de vida das pessoas usuárias, reduziu as internações hospitalares e as taxas de permanência nos hospitais ^(286, 338, 353, 354, 355).

Os resultados da aplicação do MPR puderam ser vistos quando se compararam dados da KP com a média nacional dos Estados Unidos. A população fumante da KP, em termos proporcionais, é a metade da população americana. As internações hospitalares são quase a metade na clientela da KP em relação à média americana. A KP tem índices de cobertura muito favoráveis, em geral superiores à média americana, em: rastreamento do câncer de mama, 79%; rastreamento de clamídia, 64%; rastreamento de câncer colorretal, 51%; rastreamento de câncer de colo de útero, 77%; imunização de crianças, 86%; o controle da pressão arterial variou de 33% em 2001 para 76% em 2006; controle da hemoglobina glicada, 89%; controle de coles-

terol, 94%; e controle oftalmológico do diabetes, 81%. As consultas de emergência caíram, no período de 1996 a 2006, em 18% para doenças coronarianas, 24% para diabetes e 17% para insuficiência cardíaca. 93% dos portadores de asma recebem um tratamento adequado. 85% das pessoas que apresentaram infarto agudo do miocárdio mantiveram regularmente a medicação com base em beta-bloqueadores, o que reduziu em 30% o risco de um novo infarto em relação à média nacional. A mortalidade por doenças cardíacas na população KP caiu 21% entre 1996 e 2005 e foi inferior à média americana. A mortalidade por HIV/Aids foi inferior a 1% por ano e 91% das gestantes fizeram teste para detecção de HIV/Aids ^(286, 353, 356)

Uma comparação internacional entre o sistema integrado de saúde da KP, em que se originou o MPR, e o Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido mostrou que: os custos dos dois sistemas são próximos; as pessoas usuárias da KP têm acesso a uma carteira de serviços mais extensa; têm um acesso mais rápido a especialistas e a hospitais; o sistema inglês usa muito mais leitos-dia que a KP; o tempo de permanência média nos hospitais varia com a idade no NHS, mas não no sistema da KP; a KP tem maior grau de integração; e a KP utiliza muito mais tecnologias de informação ⁽³⁵⁷⁾. Outro estudo, comparando as mesmas duas organizações, constatou que as internações hospitalares, pelas 11 causas mais frequentes, foram três vezes maiores no NHS que na KP ⁽³⁵⁸⁾.

Outro trabalho de comparação do sistema público de atenção à saúde da Dinamarca com o sistema da KP verificou que: o sistema da KP diagnostica mais portadores de condições crônicas; a KP opera com médicos e equipes de saúde menores, 131 médicos por 100 mil beneficiários na KP contra 311 médicos por 100 mil beneficiários no sistema dinamarquês; a KP opera com taxas de permanência hospitalar em eventos agudos de 3,9 dias contra 6,0 dias no sistema dinamarquês; as taxas de permanência para derrame cerebral são de 4,2 dias na KP contra 23 dias no sistema dinamarquês; 93% dos portadores de diabetes da KP fazem o exame de retina anual contra 46% no sistema da Dinamarca; e o gasto *per capita* na KP, em dólares ajustados pelo poder de compra, é de 1.951 dólares na KP contra 1.845 dólares no sistema dinamarquês ⁽³⁵⁹⁾.

A IMPORTÂNCIA DO MPR NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

O processo de estratificação da população é central nos modelos de atenção à saúde porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de riscos. Sua lógica se apoia num manejo diferenciado, pela ESF, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

A estratificação das pessoas usuárias por estratos de riscos é um elemento central da gestão baseada na população. A estratificação da população em subpopulações leva à identificação e ao registro das pessoas usuárias portadoras de necessidades similares, a fim de colocá-las juntas, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada qual.

A estratificação da população, ao invés de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as, por riscos, e define, nas diretrizes clínicas, os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na ESF, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a co-participação da APS e da atenção especializada.

Numa linha-guia da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para a APS, a hipertensão arterial – uma subpopulação com prevalência estimada de 20% da população adulta – está estratificada da seguinte forma: portadores de hipertensão de baixo risco, 40% da subpopulação de portadores de hipertensão; portadores de hipertensão arterial de médio risco, 35% da subpopulação de portadores de hipertensão; portadores de hipertensão arterial de alto e muito alto riscos, 25% da subpopulação de portadores de hipertensão. As intervenções sanitárias propostas na linha-guia são distintas para os diferentes estratos de risco, concentrando-se a intensidade da atenção profissional e especializada nos portadores de alto e muito alto riscos, 25% do total da subpopulação portadora de hipertensão ⁽³⁶⁰⁾.

A estratificação da população por riscos é um elemento fundamental no modelo de atenção às condições crônicas ao dividir uma população total em diferentes tipos de subpopulações, segundo os riscos singulares.

A atenção à saúde baseada na população move o sistema de atenção de um indivíduo que necessita de cuidado para o planejamento e a prestação de serviços a uma população determinada, o que vai exigir da ESF conhecimentos e habilidades para captar as necessidades de saúde da população e de suas subpopulações de acordo com seus riscos ⁽³⁶¹⁾.

Quando uma população não é estratificada por riscos pode-se subofertar cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou sobreofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente. Esse problema explica, em grande parte, as dificul-

dades de abrir a agenda na ESF para atenção à saúde dos portadores de condições crônicas.

A estratificação da população exige o seu conhecimento profundo pelo sistema de atenção à saúde. Isso implica o cadastramento de todas as pessoas usuárias e de suas famílias, o que é tarefa essencial da ESF e que expressa o seu papel, nas RASs, de responsabilização pela saúde dessa população. Mas o cadastramento não pode se limitar a cada indivíduo. Há que ir além: cadastrar cada pessoa como membro de uma família, classificar cada família por risco sociosanitário e ter um registro com informações de todos os portadores de cada condição de saúde, estratificados por riscos.

Sem a estratificação da população em subpopulações de risco é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, a essência das RASs, e introduzir as tecnologias de microgestão da clínica. A estratificação de riscos da população é mais viável de ser feita quando se utilizam prontuários clínicos eletrônicos que permitam organizar os registros dos portadores de condições de saúde.

As metodologias de estratificação de riscos de uma população podem envolver classificações que coordenem, simultaneamente, dois tipos de variáveis: a severidade da condição crônica estabelecida (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou co-morbididades) e o grau de confiança e o apoio para o autocuidado (baixo, médio e alto). Disso resultam algumas situações-tipo: pessoas que apresentam condições crônicas muito complexas e têm poucos recursos de autocuidado, um percentual muito pequeno das pessoas usuárias, convocam a tecnologia da gestão de caso; pessoas que apresentam condições crônicas de alto e muito alto riscos e que têm certa capacidade de se autocuidarem ou pessoas que apresentam condições crônicas de menor risco, mas sem capacidade de se autocuidarem, são acompanhados pela tecnologia da gestão de condição de saúde e com ênfase relativa nos cuidados profissionais; e pessoas que são portadoras de condições de baixo e médio riscos e que apresentam autcapacidade para se manterem controladas, a maior parte da população, são atendidas pela tecnologia de gestão da condição de saúde, mas com base no autocuidado apoiado.

Há evidências na literatura internacional, de trabalhos realizados em diferentes países do mundo, de que a estratificação da população em subpopulações de riscos constitui um instrumento efetivo para prestar uma melhor atenção à saúde. A estratificação dos riscos populacionais tem sido associada com: uma melhor qualidade da atenção à saúde^(286, 338, 356, 362); impactos positivos nos resultados clínicos^(363, 364, 365, 366); e maior eficiência no uso dos recursos de saúde^(43, 367, 368, 369, 370).

O MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre; ou seja, como a causa das causas ⁽³⁷¹⁾. Em outras palavras, a má saúde dos pobres, o gradiente social da saúde dentro dos países e as grandes desigualdades sanitárias dentro e dentro dos países são provocadas por uma distribuição desigual consistente, nos âmbitos mundial, nacional e regional, e pelas consequentes injustiças que afetam as condições de vida da população, de forma imediata e visível, e a possibilidade de ter uma vida próspera. Essa distribuição desigual das experiências prejudiciais à saúde não é um fenômeno natural, mas uma determinação social. Corrigir essas desigualdades injustas é uma questão de justiça social e um imperativo ético para o qual devem ser estruturadas três grandes linhas de ação: melhorar as condições de vida da população; lutar contra a distribuição desigual do poder e dos recursos; e medir a magnitude do problema, avaliar as intervenções, ampliar a base de conhecimentos, dotar-se de pessoal capacitado em determinantes sociais da saúde e sensibilizar a opinião pública a esse respeito ⁽³⁷²⁾.

A importância dos determinantes sociais da saúde decorre do fato de que eles repercutem diretamente na saúde: permitem prever a maior proporção das variações no estado de saúde, a iniquidade sanitária; estruturam os comportamentos relacionados com a saúde; e interatuam mutuamente na geração da saúde ⁽³⁷²⁾.

A determinação social da saúde está alicerçada num fundamento ético que é a equidade em saúde, definida como a ausência de diferenças injustas e evitáveis ou remediáveis entre grupos populacionais definidos social, econômica, demográfica e geograficamente. Ou seja, as iniquidades em saúde são diferenças socialmente produzidas, sistemáticas em sua distribuição pela população e injustas ⁽³⁷³⁾.

Há, na literatura, diferentes propostas de modelos de determinação social da saúde: Modelo de Evans e Stoddart, Modelo de Brunner e Marmot, Modelo de Diderichsen, Evans e Whitehead, Modelo de Starfield, Modelo de Graham e Modelo de Solar e Irwin ⁽³⁷⁴⁾. Apesar da existência desses modelos que buscam explicar com mais detalhes as relações e as mediações entre os diversos níveis de determinação social da saúde e a gênese das iniquidades, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde ⁽³⁷⁵⁾ escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead ⁽²⁸⁷⁾ para ser utilizado no Brasil, por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos determinantes sociais da saúde, como se vê na Figura 11.

Figura 11: O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren & Whitehead ⁽²⁸⁷⁾

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica.

Como se pode ver na Figura 11, os indivíduos estão no centro do modelo, a camada 1 dos determinantes individuais, com suas características de idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

Na camada 2, imediatamente externa, aparecem os comportamentos e os estilos de vida individuais, denominados de determinantes proximais. Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores, já que os comportamentos e os estilos de vida dependem, não

somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Aqui aparecem determinantes como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, o estresse, as práticas sexuais não protegidas e outros.

A camada 3 destaca a influência das redes sociais, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. As redes sociais constituem-se por um conjunto finito de atores sociais e pelas relações que se estabelecem entre eles. O capital social, por sua vez, são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis, que derivam da participação em redes sociais e nas suas inter-relações. O conceito de capital social implica possibilidades de fluxos de acumulação e desacumulação. Estudos recentes consideram o capital social como relações informais e de confiança e de cooperação entre famílias, vizinhos e grupos, a associação formal em organizações e o marco institucional normativo e valorativo de uma determinada sociedade que estimula ou desestimula as relações de confiança e de compromisso cívico. As relações entre capital social e saúde estão bem estabelecidas ⁽³⁷⁶⁾.

Na camada 4, estão representados os determinantes intermediários, que são os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, de exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e de menor acesso aos serviços sociais.

Finalmente, na camada 5, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas subjacentes e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. Esses são os determinantes sociais distais da saúde.

A análise do modelo da determinação social da saúde leva a opções políticas para intervenção sobre os diferentes níveis de determinação.

Os fatores macro da camada 5, os determinantes distais, devem ser enfrentados por meio de macropolíticas saudáveis que atuem de forma a reduzir a pobreza e a desigualdade, a superar as iniquidades em termos de gênero e de etnicidade, a promover a educação universal e inclusiva e a atuar na preservação do meio ambiente.

Os determinantes sociais da camada 4, os determinantes intermediários, convocam políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho. Isso significa melhorar essas condições de vida e de trabalho e o acesso a serviços essenciais, tais como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. Essas intervenções são fundamentais para promover equidade em saúde. A forma de intervenção mais adequada para enfrentamento desses determinantes sociais da saúde intermediários é a organização de projetos intersetoriais.

Os determinantes sociais da camada 3 exigem políticas de construção da coesão social e de redes de suporte social que permitam a acumulação de capital social. As alternativas políticas no campo desses determinantes sociais da saúde envolvem: a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam as pessoas trabalharem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram. Essas opções devem discriminar positivamente as minorias étnicas e raciais, os pobres, as mulheres, as pessoas idosas e as crianças.

Os determinantes sociais da camada 2, os determinantes proximais, tornam imperativa a necessidade de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criação de ambientes de suporte às mudanças comportamentais. Isso significa reforçar a necessidade de combinar mudanças estruturais ligadas às condições de vida e de trabalho com ações, desenvolvidas, no plano micro, com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis (tabagismo, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada, sobrepeso ou obesidade, sexo não protegido, estresse e outros), especialmente por meio da educação em saúde.

Por fim, os determinantes individuais da camada 1, em geral, considerados determinantes não modificáveis, são enfrentados pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores de risco biopsicológicos (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia, intolerância à glicose e outros) e/ou sobre as condições de saúde já estabelecidas e estratificadas por riscos.

Há três perspectivas distintas de entendimento da saúde pública contemporânea⁽¹⁵⁾. Uma primeira, a da determinação social da saúde, considera que a maneira de obter resultados sustentados na saúde é por meio de transformações de longo prazo das estruturas e das relações da sociedade; uma segunda, voltada para ações específicas sobre condições de saúde singulares através de programas verticais; e uma terceira, o enfoque sistêmico que procura comunicar horizontalmente as organizações do setor saúde. O modelo de atenção às condições crônicas permite integrar essas três perspec-

tivas que se complementam, até porque há evidências de que os sistemas de atenção à saúde são, por si mesmos, um importante determinante social da saúde ^(377, 378, 379).

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

As evidências recolhidas na literatura internacional sobre os modelos de atenção à saúde e a singularidade do SUS fez com que Mendes ⁽²¹⁾ desenvolvesse um modelo de atenção às condições crônicas (MACC) que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro.

POR QUE UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS?

Não há dúvida de que o CCM tem sido utilizado com sucesso em vários países. Por que, então, não aplicá-lo em sua forma pura no nosso país?

Há várias razões para o desenvolvimento do MACC. Esse modelo baseia-se, como tantos outros, no CCM, mas agrega, àquele modelo seminal, outros elementos para ajustá-lo às singularidades do SUS. A razão é que o CCM foi concebido num ambiente de sistemas de atenção à saúde dos Estados Unidos fortemente marcados pelos valores que caracterizam a sociedade americana, dentre eles o autointeresse e a competitividade, e que se distanciam de valores de solidariedade e cooperação que devem marcar os sistemas públicos universais. A base do MACC é o CCM, mas, esse modelo de origem, foi expandido, com a incorporação de outros dois modelos – o MPR e o modelo da determinação social da saúde –, para se adaptar às exigências de um sistema de atenção à saúde público e universal como o SUS.

O SUS é um sistema público de atenção à saúde com responsabilidades claras sobre territórios e populações. Nesse aspecto, a gestão de base populacional convoca um modelo que estratifique a população segundo riscos, o que implicou a incorporação, pelo MACC, do MPR.

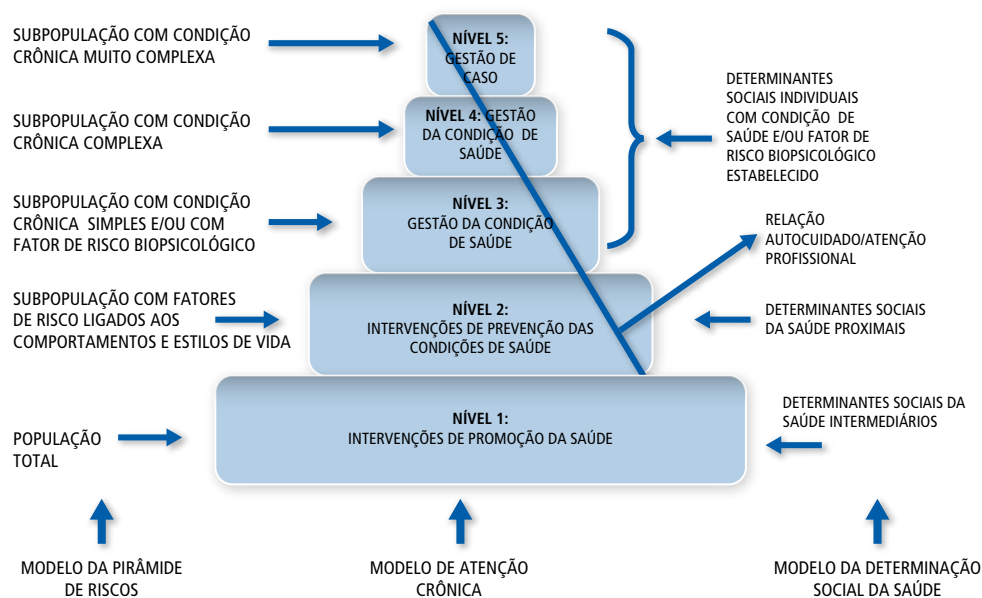
Além disso, o SUS deve operar com uma perspectiva ampla de saúde que deriva de mandamento constitucional e que implica a perspectiva da determinação social da saúde. Isso levou à incorporação, no MACC, do modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead. Assim, à semelhança do modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas da Organização Mundial da Saúde, do modelo de atenção à saúde e assistência social do Reino Unido e do modelo de atenção crônica

expandido de British Columbia, Canadá, o MACC é um modelo que se expandiu para acolher os diferentes níveis da determinação social da saúde.

A DESCRIÇÃO GERAL DO MACC

O MACC está representado, graficamente, na Figura 12.

Figura 12: O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do modelo de determinação social saúde de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que se tratando de um modelo de atenção à saúde, não caberia, aqui, incluir os macrodeterminantes distais da saúde. Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

O MACC pode ser aplicado a diferentes espaços sociais. Como esse livro trata da APS, aqui se considera sua aplicação nesse âmbito local.

O lado esquerdo da Figura 12 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da ESF, em torno de 3.500 pessoas. Essa população e suas subpopulações são cadastradas na ESF e são registradas segundo as subpopulações de diferentes níveis do modelo: o nível 1, a população total e, em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários; o nível 2, as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais): subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, sedentárias, usuárias excessivas de álcool, com alimentação inadequada, sob estresse exagerado e outros; o nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; o nível 4, as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas. O conhecimento de sua população pela ESF e sua divisão em subpopulações por diferentes riscos constitui o alicerce da gestão da saúde com base na população.

O conhecimento da população da ESF envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à equipe da ESF; a identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos; e a identificação das subpopulações com condições de saúde muito complexas.

O lado direito da Figura 12 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde.

No nível 1, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários que se manifestam no âmbito local de atuação da ESF, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais etc.

O meio da Figura 12 representa as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias.

No nível 1, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários. O modo de intervenção é por meio de projetos intersetoriais que articulem, no espaço micro, ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, de melhoria educacional, melhoria na

infraestrutura urbana etc. Os projetos intersetoriais geram sinergias entre as diferentes políticas públicas produzindo resultados positivos na saúde da população ^(380, 381, 382).

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Utiliza-se a expressão prevenção das condições de saúde e não prevenção das doenças, porque se pode prevenir condições de saúde, como gravidez nas mulheres e incapacidade funcional das pessoas idosas, que não são doenças. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool ⁽³⁷⁵⁾.

Até o segundo nível não há uma condição de saúde estabelecida ou a manifestação de um fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou gênero. Somente a partir do nível 3 do MACC é que se vai operar com um fator de risco biopsicológico e/ou com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, segundo as evidências produzidas pelo MPR.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos, a camada central do modelo de Dahlgren e Whitehead. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão baseada na população. Aqui é o campo privilegiado da clínica no seu sentido mais estrito.

A partir do nível 3, exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, definida pelo MPR. Nesse nível 3, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na grande maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita nas linhas-guia respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de risco habitual e gestante de alto risco).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na Figura 12, e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências

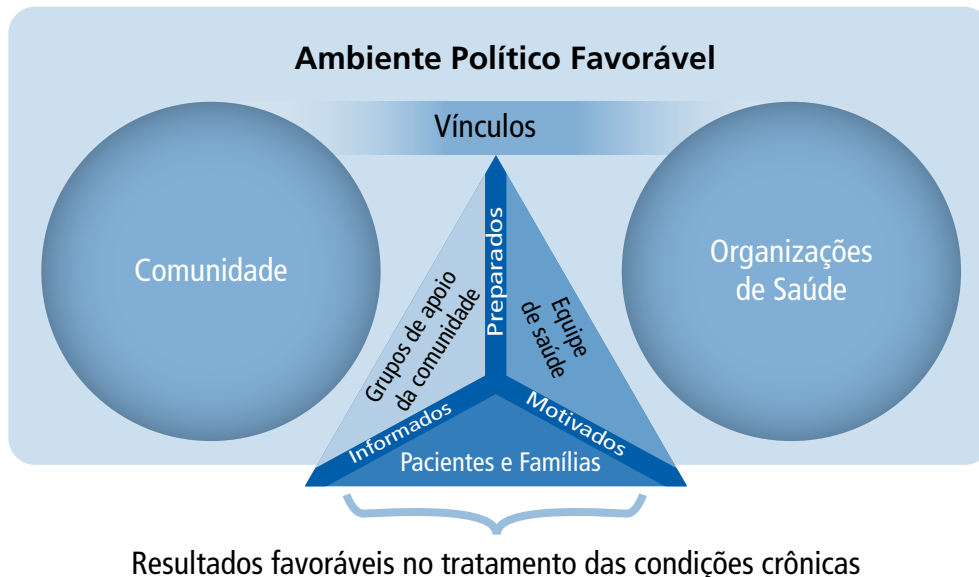
da pirâmide de risco que demonstram que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, vai-se operar principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da ESF, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional e, nesse nível é que se necessita de uma atenção cooperativa dos generalistas da ESF e dos especialistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas linhas-guia das respectivas condições de saúde. Essas condições muito complexas são aquelas previstas na lei da concentração dos gastos e da severidade das condições de saúde que define que uma parte pequena de uma população, em função da gravidade de suas condições de saúde, determina os maiores dispêndios dos sistemas de atenção à saúde ⁽³⁸³⁾. Além disso, e principalmente, são as pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso. Há, aqui, uma alta concentração de cuidado profissional. Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida pela pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

OS ÂMBITOS DE OPERAÇÃO DO MACC

O modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas, proposto pela Organização Mundial da Saúde, representado na Figura 13, propõe três âmbitos de aplicação para o seu modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas (CICC): o âmbito macro, o âmbito meso e o âmbito micro.

Figura 13: O modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas



Fonte: Organização Mundial da Saúde ⁽⁴⁾

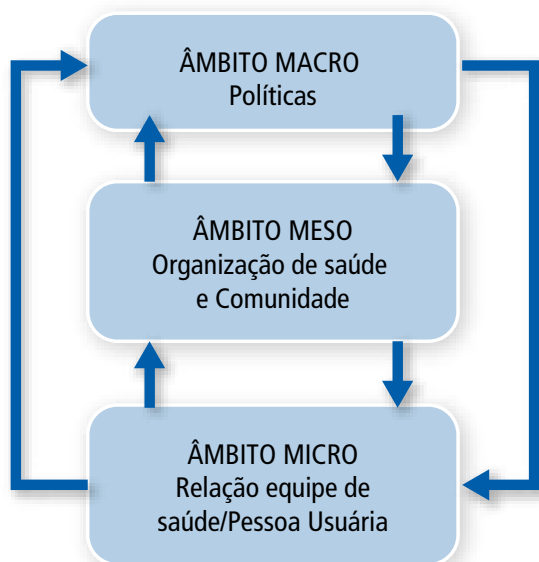
O MACC incorpora esses três âmbitos de operação do CICC no seu escopo, conforme se mostra na Figura 14. O âmbito macro é o das macropolíticas que regulam o sistema de atenção à saúde; o âmbito meso é o das organizações de saúde e da comunidade; e o âmbito micro é o das relações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias. Esses níveis interagem e influenciam de forma dinâmica uns aos outros. Assim, esses níveis estão unidos por um circuito interativo de retroalimentação em que os eventos de um âmbito influenciam as ações de outro, e assim sucessivamente.

Uma operação articulada desses três âmbitos gera eficiência e efetividade nos sistemas de atenção à saúde; ao contrário, quando há desarticulação e dissonâncias entre os três âmbitos, há ineficiência e inefetividade. Em relação às condições crônicas, é mais comum haver disfunção do sistema de atenção à saúde pela descoordenação das ações nesses três âmbitos e isso deve ser revertido pelo MACC.

Os limites entre os níveis micro, meso e macro nem sempre são claros. Quando a equipe de saúde não tem competência para manejar as condições crônicas, por falta de capacitação, o problema pode ser identificado no âmbito micro por afetar as relações entre a equipe e as pessoas usuárias e suas famílias. Mas a falta de competência pode ser considerada um problema no âmbito meso por ser respon-

sabilidade da organização de saúde assegurar as condições para que as equipes de saúde manejem bem as condições crônicas, o que inclui a provisão de educação permanente. Ademais, a falta de competência das equipes, no plano educacional, pode ser um problema do âmbito macro porque as normas sobre os currículos de graduação e pós-graduação podem ser inadequadas.

Figura 14: Os âmbitos do MACC



Fonte: Adaptado de: Organização Mundial da Saúde ⁽⁴⁾

O âmbito micro estrutura-se para enfrentar dois problemas: a falta de autonomia das pessoas usuárias para melhorar sua saúde e a baixa qualidade da interação entre as pessoas usuárias e suas famílias e os profissionais das equipes de saúde. Para superar esses problemas, as pessoas usuárias e suas famílias precisam participar da atenção à saúde e os profissionais devem lhes apoiar nesse sentido. O comportamento das pessoas usuárias no seu dia-a-dia, aderindo a esquemas terapêuticos, praticando exercícios físicos, alimentando-se de forma adequada, abandonando o tabagismo e interagindo com as organizações de saúde influenciam os resultados sanitários em proporções maiores que as intervenções médico-sanitárias. Por outro lado, a qualidade da comunicação entre as pessoas usuárias e suas famílias e as equipes de saúde influencia positivamente os resultados sanitários, o que implica envolver as pessoas no seu cuidado. A tríade presente no âmbito micro está representada pelas pessoas usuárias e suas famílias, pela equipe de saúde e pelo grupo de apoio

da comunidade. Os objetivos fundamentais nesse âmbito são: pessoas e famílias preparadas, informadas e motivadas; equipes de saúde preparadas, informadas e motivadas; e grupos de apoio da comunidade preparados, informados e motivados.

O âmbito meso, propõe uma mudança de foco das organizações de saúde, retirando a ênfase nas condições agudas para implantar uma atenção que dê conta da atenção às condições crônicas e, também, às condições agudas. Isso significa as seguintes mudanças: colocar a temática das condições crônicas no plano estratégico dessas organizações, como parte de programas de qualidade; promover a coordenação da atenção à saúde; promover atenção de qualidade por meio de liderança e incentivos; utilizar tecnologias de gerenciamento das condições crônicas; adotar sistemas de informação clínica potentes, com base em tecnologias de informação e comunicação; desenvolver uma atenção proativa, contínua e integral, com valorização relativa dos procedimentos promocionais e preventivos; estimular e apoiar as pessoas usuárias e suas famílias no seu autocuidado; adotar diretrizes clínicas construídas com base em evidências científicas; implantar sistemas de informação clínica potentes, investindo fortemente em tecnologia de informação; e integrar os recursos da organização com os recursos comunitários (grupos de portadores de condições de saúde, voluntários, organizações governamentais e não governamentais e movimentos sociais); e mobilizar e coordenar os recursos comunitários.

O âmbito macro propõe que se devam elaborar políticas que considerem as singularidades das condições crônicas e que desenvolvam RASs. Isso implica: planejamento baseado nas necessidades da população; advocacia de legislações sobre condições crônicas; integração das políticas de enfrentamento às condições crônicas; alocação de recursos segundo a carga de doenças; alocação de recursos segundo critérios de custo/efetividade; integração dos sistemas de financiamento; alinhamento dos incentivos econômicos com os objetivos da atenção às condições crônicas; implantação de sistemas de acreditação, monitoramento e de qualidade da atenção; desenvolvimento da educação permanente dos profissionais de saúde; e desenvolvimento de projetos intersetoriais.

Uma política eficaz de implantação do MACC envolverá um plano estratégico que articule intervenções nesses três âmbitos, de forma coordenada.

Contudo, como esse livro trata do cuidado das condições crônicas na APS, voltado para uma forma singular de prestar cuidados primários, a ESF, o MACC será desenvolvido, em seus diferentes níveis, com foco nos âmbitos micro e meso. No âmbito meso, as ações ocorrem no espaço territorial e de vida das famílias adscritas às equipes da ESF, organizadas em sua comunidade. No âmbito micro, as ações

ocorrem nas relações cotidianas que se dão entre as pessoas usuárias e suas famílias e as equipes da ESF.

O âmbito micro tem sido considerado como aquele em que se estruturam microsistemas clínicos, definidos como equipes de saúde que se organizam em pequenos grupos para prestar, de forma regular, cuidados de saúde a pessoas e famílias, definindo objetivos, organizando processos, compartilhando informações e produzindo resultados para as pessoas usuárias⁽³⁸⁴⁾. Uma equipe da ESF constitui um microsistema clínico. Assim, no nível 1 do MACC as intervenções se darão no território em que vivem as famílias adscritas a uma equipe da ESF; nos níveis 2, 3, 4 e 5, o foco das intervenções estará nas microrrelações clínicas entre uma equipe da ESF e as pessoas usuárias e suas famílias, a ela adscritas, ou seja, no microsistema clínico.

CAPÍTULO 6 – OS NÍVEIS 1 E 2 DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS: AS INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DE PREVENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

O NÍVEL 1 DO MACC NO CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESF: AS INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O nível 1 do MACC incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais da saúde intermediários, por meio de intervenções intersetoriais.

Esse primeiro nível do MACC, como se vê na Figura 12, constitui a base do modelo. Ele tem como sujeito a população total, como focos de intervenções os determinantes sociais da saúde intermediários que incluem os fatores relativos às condições de vida e de trabalho, o acesso a serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias por meio de intervenções de promoção da saúde materializadas, especialmente, em projetos intersetoriais.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde ⁽³⁷⁵⁾ produziu um relatório, com suporte em ampla revisão da literatura nacional e internacional, sobre os determinantes, especialmente sobre crescimento econômico e distribuição de renda, educação, saneamento, habitação, emprego e trabalho e meio ambiente. As determinações das políticas desses setores sobre a saúde são indiscutíveis e significativas.

Além disso, as redes sociais e comunitárias são fundamentais para o incremento do capital social e da coesão social. O capital social pode ser definido como um conjunto de atributos que estão presentes numa sociedade como bens intangíveis que favorecem a confiança, a reciprocidade e a ação social com relação a normas compartilhadas ⁽³⁸⁵⁾. O capital social é um fator relevante para alcançar a coesão social que representa um conceito mais amplo e que inclui a ausência de conflitos sociais latentes e a presença de fortes laços sociais, em que se incluem a confiança

e as normas de reciprocidade, as associações que superam a divisão social e as instituições dedicadas a manejar os conflitos ⁽³⁸⁶⁾. As associações entre capital social e desenvolvimento econômico, educação, violência, mobilidade de emprego e governabilidade estão bem estabelecidas ^(387, 388). O mesmo vem ocorrendo entre capital social e saúde ^(373, 389) e entre capital social e APS ⁽³⁹⁰⁾. De outro lado, sugere-se que os sistemas públicos universais de atenção à saúde, como o SUS, contribuem para a acumulação de capital social ^(378, 391).

As ações desses determinantes manifestam-se na saúde em vários aspectos. Há trabalhos que tratam, especificamente, das determinações sociais das condições crônicas ⁽³⁹²⁾.

No Brasil estão bem estabelecidas determinações sobre a saúde da população, em termos de condições crônicas, pelas políticas de renda ^(393, 394, 395), pelas políticas de educação ⁽³⁹⁶⁾, pelas políticas de saneamento ⁽³⁹⁷⁾, pelas políticas de emprego ^(398, 399), pelas políticas ambientais ^(400, 401). Por outro lado, o Brasil apresenta uma baixa acumulação de capital social, o que é indicado pelas baixas relações de confiança entre os brasileiros ⁽⁴⁰²⁾, o que influi negativamente na saúde.

Não se pode negar que há muitas políticas públicas, no Brasil, atuando sobre esses determinantes sociais intermediários da saúde conforme constatou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde ⁽³⁷⁵⁾. Contudo, a forma hegemônica de ação pública, praticada em todos os níveis federativos, é a do trabalho setorial isolado que retira efetividade e eficiência dos programas públicos porque é feita de forma tematizada e fragmentada, sem uma articulação entre os diferentes setores. Isso necessita ser mudado levando a intervenções intersetoriais integradas que permitiriam gerar, pela sinergia, melhores resultados sanitários e econômicos. Por isso, o MACC propõe, no nível 1, que as intervenções sobre os determinantes sociais intermediários da saúde se façam por projetos intersetoriais.

A ação intersetorial é entendida como as relações entre partes do setor saúde com partes de outros setores, estabelecidas com o objetivo de desenvolver projetos que levem a melhores resultados sanitários, de forma efetiva, eficiente e sustentável, que não seriam obtidos com a ação isolada de cada setor ⁽³⁷¹⁾.

As políticas principais, recomendadas pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, no âmbito dos determinantes intermediários são: políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo a todos o acesso à água limpa, ao esgoto, à habitação adequada, aos ambientes de trabalho saudáveis, à educação e aos serviços de saúde; e políticas que favoreçam o fortalecimento da solidariedade e da confiança, a construção de redes de apoio e a

participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, em especial dos grupos sociais vulneráveis ⁽³⁷⁵⁾.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde recomenda que as intervenções nos diversos níveis de determinação, para serem viáveis, efetivas e sustentáveis, devem se fundamentar, além da intersetorialidade, na participação social e nas evidências científicas. Afirma que as evidências científicas permitem entender como operam os determinantes sociais na geração das iniquidades e como e onde devem incidir as intervenções para combatê-las e que resultados esperar em termos de sua efetividade e eficiência. Há trabalhos que tratam da produção e utilização de evidências científicas com relação à promoção da saúde ^(403, 404, 405); no caso brasileiro, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde ⁽³⁷⁵⁾ sugere a criação de um programa conjunto entre o Ministério de Ciência e Tecnologia e o Ministério da Saúde com o objetivo de incentivar a produção regular de evidências científicas nesse campo.

É preciso ter claro que as intervenções intersetoriais de promoção da saúde podem ser desenvolvidas em diferentes âmbitos: no nível planetário ou da globalização, no nível de um país, no nível de um estado, no nível de um município ou no nível de uma parte de um município ⁽³⁷¹⁾. Assim, pode haver, como na Finlândia, um plano nacional sobre os determinantes sociais da saúde ⁽⁴⁰⁶⁾ até uma ação intersetorial desenvolvida num bairro de uma cidade envolvendo diferentes organizações ali presentes ⁽⁴⁰⁷⁾.

Como esse livro trata da APS, prestada na forma da ESF, o nível 1 está limitado às intervenções de promoção da saúde no âmbito do território de abrangência das equipes da ESF. Ainda que as ações promocionais da saúde tenham, nesse âmbito geográfico, um escopo menos amplo, elas podem e devem ser desenvolvidas pelas equipes da ESF.

Na prática, isso significará articular as ações da ESF com as ações de outros setores com presença naquele microespaço social, como os de emprego e renda, habitação, segurança alimentar, saneamento, esporte e lazer, educação, assistência social, defesa social, meio ambiente, infraestrutura, cultura e outros. Devem participar desses esforços de promoção da saúde entes governamentais e não governamentais como igrejas, empresas, clubes de serviços, movimentos sociais etc.

Articular as intervenções locais das equipes da ESF com os programas de organizações governamentais e não governamentais desses diferentes setores levarão à melhoria dos níveis de saúde da população adscrita à ESF.

A experiência mostra que os projetos intersetoriais, para serem efetivos, não devem ter a coordenação realizada por um dos setores, mas, preferivelmente, por uma autoridade integradora com legitimidade reconhecida por todos os entes participantes. Em geral, nos projetos coordenados por agentes públicos, essa ação pode ser desempenhada por alguém com autoridade delegada pelo prefeito municipal. Uma alternativa é a de instituir um comitê local de coordenação com representação de todos os setores envolvidos no projeto de promoção da saúde.

O NÍVEL 2 DO MACC NO CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESF: AS INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE RELATIVAS AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE PROXIMAIS

OS FATORES DE RISCO PROXIMAIS

O nível 2 do MACC incorpora a prevenção das condições de saúde, em subpopulações de risco, por meio de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais, relativos aos comportamentos e aos estilos de vida.

Os determinantes sociais da saúde proximais, oriundos de comportamentos e de estilos de vida, são considerados fatores de risco. Esses fatores de risco são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais e, por sua vez, afetam os determinantes individuais.

Os fatores de risco são definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. Os fatores de risco podem ser classificados em não modificáveis e modificáveis ou comportamentais (13, 408). Entre os primeiros estão o sexo, a idade e a herança genética e, dentre os últimos, o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso, o uso excessivo de álcool e outros.

A abordagem dos fatores de risco não modificáveis é feita, predominantemente, nos níveis 3 e 4 do modelo de atenção às condições crônicas, como parte da gestão da clínica. Ali, também, são abordados os fatores de risco biopsicológicos como a hipertensão, a hiperlipidemia, a intolerância à glicose e a depressão.

Uma política consequente de prevenção de condições de saúde deve ter como base um sistema de vigilância dos fatores de risco efetivo que se foque nos fatores

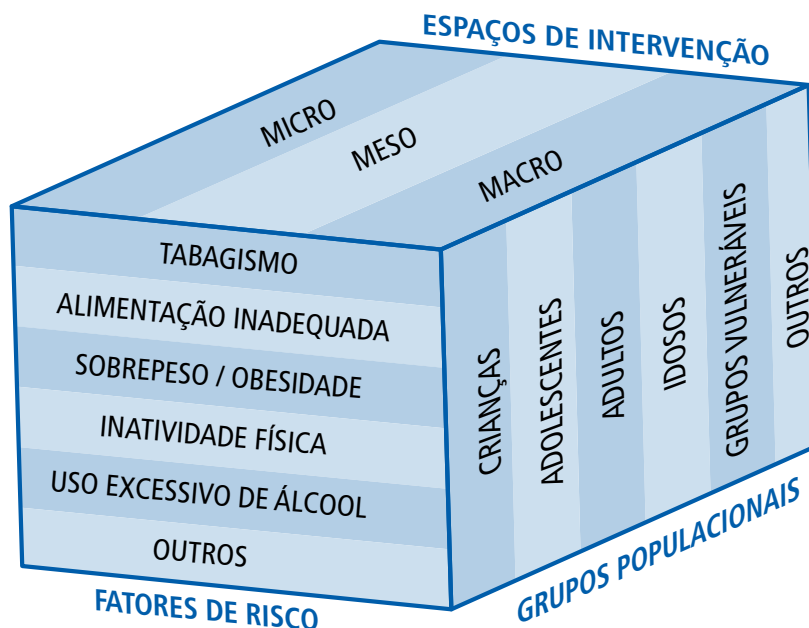
de risco modificáveis e que se estruture no processo seguinte: análise das tendências temporais da mortalidade e morbidade por condições crônicas; monitoramento dos fatores de risco por meio de inquéritos de saúde regulares e especiais; análise e crítica dos resultados; fontes de dados com validação e melhoria dos instrumentos e indicadores; indução e apoio às ações de prevenção das condições crônicas; e monitoramento e avaliação das intervenções ⁽⁴⁰⁹⁾. Esse sistema de vigilância dos fatores de risco deve operar nos níveis nacional, estadual, regional e local.

A MATRIZ DA PREVENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE RELATIVAS AOS DETERMINANTES SOCIAIS PROXIMAIS

As intervenções preventivas sobre os fatores de risco podem ser feitas com base em populações, em comunidades e/ou em indivíduos. As intervenções nesses três âmbitos devem ser realizadas por meio de processos de estratificação de riscos ⁽⁴¹⁰⁾ e nos âmbitos macro, meso ou microsociais ⁽⁴⁾.

Uma matriz para implementação das intervenções de prevenção das condições de saúde foi proposta pelo Observatório Europeu de Sistemas de Saúde ⁽³⁹¹⁾ e foi adaptada na Figura 15.

Figura 15: A matriz da prevenção das condições de saúde



Fonte: Adaptado de Figueras, McKee, Lessof, Duran, Menabde ⁽³⁹¹⁾

A Figura 15 indica que a matriz de prevenção das condições de saúde articula três componentes: os espaços de intervenção, os fatores de risco constituídos pelos determinantes sociais da saúde proximais e os grupos populacionais.

Os espaços de intervenção dão-se nos âmbitos macro, meso e microssociais.

Os governos têm um papel crucial a desempenhar na prevenção das condições de saúde, em especial na proteção aos grupos vulneráveis. Muitos creem que se as pessoas desenvolvem condições crônicas em função de comportamentos ou de estilos de vida inadequados, tornam-se responsáveis por suas enfermidades. Contudo, como adverte a Organização Mundial da Saúde ⁽¹³⁾, a responsabilidade individual só pode ser imputada quando os indivíduos têm acesso igual a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões sobre sua saúde não cabendo a vitimização dos portadores de condições crônicas.

No plano macro, instituem-se intervenções como a elaboração de legislação específica para os fatores de risco, o aumento de impostos dos bens produtores das condições de saúde como, por exemplo, álcool e tabaco. Nesse plano, os governos têm atuado de forma insuficiente e as razões são várias ⁽⁴¹¹⁾: como os fatores de risco proximais decorrem de estilos de vida pensa-se que não cabe aos governos atuar fortemente nesse campo, deixando a critério de cada pessoa mudar seu comportamento; há grande dificuldade de desenvolver ações intersetoriais efetivas; enfrenta-se forte reação de grupos de interesses poderosos como as indústrias da bebida, do tabaco, da alimentação e do entretenimento e das empresas de publicidade; e é difícil avaliar, de forma rotineira e por longo prazo, os resultados dos programas de prevenção. Disso decorre o pequeno investimento em programas de promoção e prevenção. Os governos da Europa gastam menos de 1% de seus orçamentos em saúde com medidas de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde ⁽⁴¹²⁾.

No plano meso, as intervenções preventivas devem se fazer em comunidades, nos ambientes de trabalho e nos ambientes escolares. Por exemplo, as intervenções preventivas realizadas nos ambientes de trabalho, além de produzir resultados sanitários, têm um efeito econômico muito positivo: redução de 27% no absenteísmo por doença, redução de 26% nos custos com atenção à saúde e um retorno econômico de 5,81 dólares por cada dólar investido ⁽⁴¹³⁾.

Há um reconhecimento de que a prevenção dos riscos é geralmente mais efetiva quando voltada para populações do que para indivíduos ⁽⁴¹⁰⁾. Mas essas intervenções baseadas na população devem ser complementadas por ações preventivas, desenvolvidas no plano de pequenos grupos e individual, no espaço micro.

No nível micro, o espaço privilegiado de atuação para a prevenção das condições de saúde é o das unidades de saúde, especialmente as unidades da ESF pela simples razão de que é, ali, que a população é conhecida, vinculada e acompanhada longitudinalmente numa RAS.

Os grupos populacionais para as intervenções de prevenção das condições de saúde podem ser recortados de diversas formas. Na Figura 13 são crianças, jovens, adultos, idosos, grupos vulneráveis definidos por renda, etnicidade, gênero ou condição de saúde. Mas pode haver outros grupos populacionais a serem focados em certas circunstâncias.

Como esse livro trata dos cuidados das condições crônicas na APS, ele terá como foco as intervenções no âmbito micro, sobre pequenos grupos ou indivíduos e suas famílias, adscritas às equipes da ESF. Isso não deve ser entendido como a negação da importância das intervenções nos níveis meso e macro mas, simplesmente, uma adequação aos objetivos desse trabalho.

A IMPORTÂNCIA DOS FATORES DE RISCO LIGADOS AOS COMPORTAMENTOS E AOS ESTILOS DE VIDA NA SAÚDE

Há evidências de que os comportamentos e estilos de vida são determinantes sociais importantes das condições crônicas. Esses fatores foram responsáveis por 40% das mortes ocorridas nos Estados Unidos ⁽⁴¹⁴⁾. Esses fatores de risco são as principais causas de morte por câncer em países de baixa e média rendas: o tabagismo por 18% das mortes; o baixo consumo de frutas, legumes e verduras por 6% das mortes; e o consumo excessivo de álcool por 5% das mortes ⁽⁴¹⁵⁾. Nos Estados Unidos e Europa, estima-se que a expectativa de vida poderia se reduzir em cinco anos nas próximas décadas se os níveis de obesidade atuais continuarem crescendo conforme os padrões atualmente vigentes; nessas condições, prevê-se que uma em cada quatro pessoas nascidas, hoje, poderá desenvolver diabetes ao longo de sua vida ⁽⁴¹⁶⁾. Os fatores de risco são generalizados e explicam a grande maioria dos óbitos causados por doenças crônicas, em homens e mulheres, em todas as partes do universo. No mundo, a cada ano, 4,9 milhões de pessoas morrem em decorrência do consumo de tabaco, 2,6 milhões de pessoas morrem por problemas de sobrepeso ou obesidade, 2,7 milhões morrem devido ao consumo insuficiente de frutas e hortaliças e 1,9 milhões morrem devido ao sedentarismo ⁽¹³⁾. Comportamentos não saudáveis são os principais fatores que contribuem para a mortalidade em doenças cardiovascular, acidente vascular encefálico, doenças respiratórias, acidentes e diabetes que são responsáveis por 70% das mortes nos Estados Unidos ⁽⁴¹⁷⁾. Pessoas com estilos de vida saudáveis vivem, em média, 6 a 9 anos mais, atrasam as doenças em 9 anos e comprimem a morbidade a menos anos no fim da vida ⁽⁴¹⁹⁾. As doenças crônicas

ligadas a estilos de vida respondem por 70% dos gastos de assistência médica nos Estados Unidos, o que representa 11% do PIB americano ⁽⁴²⁰⁾.

Por outro lado, há evidências de que se os fatores de risco fossem controlados seriam evitadas 80% das doenças cardiovasculares e diabetes e mais de 40% dos cânceres ⁽¹³⁾.

Um bom exemplo de ação de sucesso sobre os fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida é o da Finlândia. Esse país tinha uma das mais altas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares do mundo, em 1972. O governo introduziu um amplo programa de educação populacional em relação ao fumo, dieta e atividade física. O programa envolveu uma legislação antifumo, aumentou a disponibilidade diária de produtos com baixa taxa de gordura, melhorou as merendas escolares e estimulou as atividades físicas. Como resultado, as taxas de mortalidade por enfermidades cardiovasculares caíram, no período 1972/1995, em 65%, em todo o país e, em 73%, em North Karelia, onde foi, inicialmente, implantado ⁽⁴²¹⁾.

Estudo sobre mortalidade atribuível aos dez principais fatores de risco nos grupos de países das Américas, segundo definição da Organização Mundial da Saúde, mostrou, conforme se vê na Tabela 4, que os países do Grupo B, com baixa taxa de mortalidade na América Latina e Caribe, onde está o Brasil, têm 37,6% de suas mortes determinadas por fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida.

Tabela 4: Dez principais fatores de risco para mortalidade atribuível nos países do Grupo B da América Latina e Caribe

FATOR DE RISCO	MORTALIDADE PROPORCIONAL (%)
Pressão arterial	12,8
Sobrepeso	10,1
Álcool	9,5
Tabaco	8,5
Colesterol	6,5
Baixa ingestão de frutas, legumes e verduras	5,4
Sedentarismo	4,1
Sexo não protegido	1,9
Saneamento	1,2
Poluição do ar	1,2
Total da mortalidade atribuível	61,2

Fonte: Banco Mundial ⁽³⁹³⁾

A simultaneidade desses fatores de risco gera um sinergismo que acaba por potencializar os problemas de saúde. Tome-se o caso do câncer. Para países de rendas baixa e média, entre os quais se encontra o Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer ⁽⁴¹⁵⁾, a fração atribuível na população ao conjunto de fatores de risco associados a uma localização específica de câncer variou de 11% para cólon e reto (sobrepeso e obesidade, inatividade física e baixo consumo de vegetais), a 18% para câncer de mama (inatividade física, sobrepeso e obesidade e consumo de álcool), a 48% para câncer de boca e orofaringe (tabagismo e consumo de álcool) e a 66% para câncer de traquéia, brônquios e pulmão (tabagismo, baixo consumo de frutas e vegetais e fumaça de queima de combustíveis sólidos no domicílio). Além disso, conforme se demonstra pelo enfoque do curso de vida das condições crônicas, o impacto dos fatores de risco modificáveis aumenta com o passar dos anos; isso significa que o impacto desses fatores de risco podem ser adiados por intervenções realizadas precocemente. Em longo prazo, as intervenções preventivas realizadas no início da vida têm a capacidade potencial de reduzir substancialmente a epidemia de doenças crônicas ⁽¹³⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em seu relatório global sobre o estado das doenças não transmissíveis 2010, as ações populacionais que deveriam ser postas em prática, imediatamente, por serem mais custo-efetivas e para reduzirem a carga de doenças e os custos, são ^(343, 422): aumento dos impostos e dos preços do tabaco; proteção às pessoas da fumaça do cigarro; proibição de fumar em lugares públicos; advertência sobre os perigos do consumo de tabaco; cumprimento da proibição da propaganda, patrocínio e promoção de tabaco; restrição da venda de álcool no varejo; redução da ingestão de sal e do conteúdo de sal nos alimentos; substituição de gorduras trans em alimentos por gorduras poli-insaturadas; promoção de esclarecimentos do público sobre alimentação e atividade física, inclusive pela mídia de massa; tratamento da dependência da nicotina; promoção da amamentação adequada e alimentação complementar; aplicação das leis do álcool e direção; restrições sobre o marketing de alimentos e bebidas com muito sal, gorduras e açúcar, especialmente para crianças; impostos sobre alimentos e subsídios para alimentação saudável; promoção de ambientes de nutrição saudável nas escolas; e informação nutricional e aconselhamento em atenção à saúde.

AS INTERVENÇÕES SOBRE OS FATORES DE RISCO LIGADOS AOS COMPORTAMENTOS E AOS ESTILOS DE VIDA

É fundamental compreender que as intervenções relativas aos fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida podem ser feitas em diversos âmbitos. Aqui, vai se focar no âmbito micro de uma unidade da ESF.

Um importante cardiologista brasileiro afirmou: *"A prevenção das condições de saúde já está na cabeça das pessoas, mas elas não a praticam. Boa parte dos pacientes submetidos a uma angioplastia, por exemplo, voltam aos seus hábitos anteriores, como fumar, em um mês. Eles pensam: Agora estou zerado... Stent fecha, ponte safena fecha, os tratamentos são paliativos. O que salva é a prevenção"* ⁽⁴¹⁸⁾

As equipes da ESF devem utilizar cotidianamente programas preventivos relativos a cada um dos principais fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, construídos com base em evidências de sua efetividade, para aplicação individual ou em pequenos grupos.

Um exemplo da utilização de procedimentos de prevenção das condições de saúde nos cuidados primários é o da Kaiser Permanente. Essa organização desenvolve um programa denominado "cultivando a saúde" que se destina a apoiar seus clientes para adotar comportamentos e estilos de vida saudáveis, em relação à atividade física ⁽⁴²³⁾, ao estresse ⁽⁴²⁴⁾, ao tabagismo ⁽⁴²⁵⁾ e ao controle do peso ⁽⁴²⁶⁾.

Os fatores de risco vinculados aos comportamentos e aos estilos de vida mais significativos, em relação às condições crônicas, ainda que haja outros também importantes, são a dieta inadequada, o excesso de peso, a inatividade física, o uso excessivo de álcool e o tabagismo ⁽³⁷⁵⁾.

A DIETA INADEQUADA

A dieta inadequada é um determinante social da saúde proximal importante.

A transição nutricional manifesta-se, nos países em desenvolvimento, numa dupla carga: de um lado permanece uma situação de subnutrição que afeta, especialmente, as crianças pobres: 60% das 10,9 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos que ocorrem, anualmente, no mundo, estão ligadas à desnutrição. Muitas crianças apresentam baixo peso e isso influencia negativamente o desenvolvimento e o crescimento na infância e aumenta os riscos de doenças crônicas na idade adulta ⁽⁴²⁷⁾. Por outro lado, as mudanças que se dão na ordem mundial aumentam a ocorrência de condições crônicas nesses países em desenvolvimento, em parte, determinadas pelas dietas inadequadas e que afetam, predominantemente, os mais pobres. Essa dupla carga tem de ser enfrentada de forma integrada já que, nos países em desenvolvimento, a subnutrição convive com a epidemia das doenças crônicas e, ambas, incidem mais sobre as populações pobres.

As mudanças nos estilos de vida e nas dietas, em função do desenvolvimento econômico, da industrialização e da globalização, são profundas e rápidas. Isso tem

causado impacto no estado nutricional das populações do mundo, particularmente nos países em desenvolvimento. Os alimentos tornaram-se *commodities* produzidas e comercializadas em escala planetária. A disponibilidade de alimentos tem se expandido e se tornado mais diversificada, a par de determinar consequências negativas nos padrões dietéticos, como o consumo crescente de alimentos com altos teores de gordura, particularmente de gorduras saturadas, e baixos teores de carboidratos não refinados. Isso tem implicações nas condições de saúde, especialmente nas condições crônicas.

As relações entre a dieta e as condições crônicas estão bem estabelecidas. Há evidências das relações entre dieta e doenças cardiovasculares, sobrepeso e obesidade, hipertensão, dislipidemias, diabetes, síndrome metabólica, câncer e osteoporose. A Organização Mundial da Saúde estima que o consumo insuficiente de frutas e hortaliças é responsável por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cérebro-vasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos no mundo ⁽⁴²⁸⁾.

A dieta tem sido considerada como o fator determinante das condições crônicas mais sujeito a modificações, com evidências que mostram que as alterações na dieta têm fortes efeitos, positivos e negativos, na saúde das pessoas, influenciando, não somente a saúde presente, mas podendo determinar se uma pessoa desenvolverá, ou não, condições de saúde como as doenças cardiovasculares, o câncer e o diabetes, em sua vida futura ⁽⁴²⁸⁾.

Estudo comparando uma dieta prudente (com presença forte de vegetais, frutas, pescado, aves e grãos integrais) com uma dieta ocidental (consumo alto de carnes vermelhas, alimentos processados, frituras, gorduras, grãos refinados e açúcar), mostrou um incremento substancial no risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 nos homens que utilizaram a dieta ocidental ⁽⁴²⁹⁾. A associação entre uma dieta preventiva e índices lipídicos menores foi observada em mulheres ⁽⁴³⁰⁾. Verificou-se associação entre o consumo energético nas crianças e a mortalidade por câncer nos adultos ⁽⁴³¹⁾. Em crianças e adolescentes, as dietas ricas em gorduras saturadas e sal e pobres em fibras e potássio têm sido associadas com hipertensão, com alterações de tolerância à glicose e dislipidemia ⁽⁴³²⁾.

No Brasil, a Pesquisa Vigitel 2010, realizada nas capitais brasileiras, mostrou que em relação à dieta, no que diz respeito aos fatores protetores, os percentuais da população total foram: consumo regular de frutas e hortaliças, 29,9%; consumo recomendado de frutas e hortaliças, 18,2%; consumo regular de feijão, 66,7%. Em relação aos fatores de risco, os percentuais da população total foram: consumo de carne com excesso de gordura, 34,2%; consumo de leite integral com gordura, 56,4%; e consumo regular de refrigerantes, 28,1% ⁽⁴³³⁾.

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022, tem as seguintes metas: aumentar o consumo de frutas e hortaliças e reduzir o consumo médio de sal ⁽³⁴³⁾.

As estratégias relativas a uma dieta saudável envolvem intervenções nos níveis macro, meso e micro. Há ações nos campos legislativo, regulatório e fiscal e, concomitantemente, ações no campo clínico. Essas estratégias encontram muitas dificuldades de serem implantadas em função de fatores como a subestimação da efetividade dessas intervenções, a crença que se necessita de longo tempo para produzir resultados, a oposição de produtores e da indústria de alimentos e a inércia institucional ⁽⁴²⁸⁾.

Não obstante a importância das ações nos planos macro e meso ^(21, 343), aqui se vão considerar as ações no plano micro das unidades da ESF. As ações de alimentação saudável na ESF englobam educação nutricional ou alimentar e autocuidado apoiado para as mudanças alimentares.

A educação ou aconselhamento nutricional é o processo pelo qual as pessoas são efetivamente auxiliadas a selecionar e implementar comportamentos desejáveis de nutrição e de estilo de vida. O resultado desse processo é a mudança de comportamento e não somente a melhora do conhecimento sobre nutrição ⁽⁴³⁴⁾.

Em relação à educação nutricional tem havido uma preocupação em desenvolver novas teorias e métodos educativos em nutrição que sejam transformadores, com influência na mudança dos hábitos alimentares. Entre eles, destaca-se o resgate da culinária como uma prática educativa que valoriza a cultura da comunidade e a participação ativa dos indivíduos envolvidos, sendo um instrumento viável para a promoção das práticas da alimentação saudável ⁽⁴³⁵⁾.

Contudo, há dificuldades de introduzir essas práticas de alimentação saudável nas unidades da ESF. Uma das dificuldades que os profissionais de saúde sentem para realizar atividades de educação e orientação nutricional é o conflito entre o conhecimento teórico e a prática vivencial. Há um descrédito por parte desses profissionais em relação às ações educativas na área de nutrição em função de seus próprios problemas e dificuldades para implementar mudanças ^(436, 437).

Um dos fatores dificultadores da implantação rotineira da educação nutricional na ESF tem sido a carência de nutricionistas como membros efetivos das equipes de saúde da família. Uma pesquisa feita na Região Metropolitana de Campinas mostrou que havia um nutricionista na APS para 20 a 500 mil habitantes ⁽⁴³⁸⁾. É preciso formar a convicção de que o nutricionista deve ser um membro orgânico das equipes da

ESF. Mas esse profissional só agregará valor ao trabalho da APS se estiver inserido num trabalho em equipe e se tiver formação como educador.

O educador em nutrição não é mero transmissor de informações por meio de palestras. Ele deve apreender a maneira como o interlocutor vivencia o problema alimentar, não apenas em relação ao consumo alimentar propriamente dito, mas a todas as questões de natureza subjetiva e interpessoal que estão envolvidas no ato alimentar. A educação nutricional implica: a confrontação de novas práticas com as representações sociais dos alimentos e com o significado simbólico deles para os sujeitos do processo educativo, a resignificação dos alimentos e a construção de novos sentidos para o ato de comer. Tudo isso deve articular a saúde, o prazer, a coerência com as práticas de comensalidade, a convivialidade e a preocupação com a sustentabilidade ambiental ⁽⁴³⁹⁾.

Há vários relatos de experiências de educação nutricional na APS do SUS ^(440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450).

O Boxe 3 relata a experiência com grupos de reeducação alimentar na APS no município de Curitiba.

Boxe 3: A oficina de reeducação alimentar na APS na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

A Oficina de Reeducação Alimentar foi desenvolvida pelo grupo de nutricionistas da Coordenação de Alimentação e Nutrição, em conjunto com outras coordenações do Centro de Informação em Saúde da SMS de Curitiba. Os primeiros grupos foram constituídos nos mutirões da nutrição, em que pessoas usuárias encaminhadas para consulta de nutrição, devido a excesso de peso, foram convidadas pelos nutricionistas das unidades de APS a participar dos grupos de reeducação alimentar. Esse processo originou os roteiros dos encontros, cujo objetivo principal é o de embasar as ações da equipe multiprofissional na abordagem dos grupos.

Inicialmente foram planejados um total de 6 encontros, com intervalo de 15 dias entre eles e duração média de 90 minutos. Alguns grupos permanecem com encontros de manutenção, inclusive com integrantes participando de novas turmas. Os profissionais envolvidos são os nutricionistas, profissionais de educação física, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos e outros membros das equipes das unidades de APS e apoiadores. Os encontros são adaptados à realidade local assim como os profissionais participantes.

Os grupos são organizados para encontros quinzenais, totalizando um número de seis num período de três meses. O número máximo de participantes por grupo é 35. As atividades são separadas de acordo com as faixas etárias (crianças de 2 a 11 anos; adolescentes de 12 a 19 anos, adultos e idosos).

Boxe 3: A oficina de reeducação alimentar na APS na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Como material de apoio às atividades de nutrição são disponibilizadas para crianças até 9 anos a Cartilha de Alimentação Infantil, orientação aos pais, e para as pessoas usuárias com mais de 10 anos, utiliza-se a Cartilha Alimentação para uma Vida Saudável, orientações para a família curitibana.

O 1º encontro tem a participação de nutricionista, psicólogo e profissional de educação física. Esse encontro envolve recepção, entrevista e avaliação nutricional, distribuição do caderno do usuário, *folders* e cartilha e encaminhamento para o local da reunião, em geral, o espaço saúde da unidade de APS, uma sala de 60 metros quadrados que dispõe de uma cozinha. O coordenador apresenta o objetivo dos encontros, o alcance ou manutenção de um peso saudável, e apresenta a periodicidade dos encontros. São pactuadas as regras de convivência e partilhadas as regras de motivação, confiança e esforço. Em seguida são desenvolvidas várias atividades sobre a importância da reeducação alimentar com dinâmicas envolvendo nutrição/alimentação saudável, avaliação de hábitos alimentares, diário alimentar, prato saudável, alimentação nos finais de semana, atividade física e práticas corporais.

O 2º encontro tem a participação do nutricionista e do profissional de educação física. A reunião começa com uma revisão do encontro anterior. Algumas atividades são realizadas, por meio de dinâmicas, como revisão das tarefas, nutrientes e calorias, peso corporal saudável, gorduras, rotulagem nutricional e vivência corporal.

O 3º encontro tem a participação do nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta e começa com a revisão do encontro anterior. Algumas atividades são realizadas, com ajuda de dinâmicas, como revisão das tarefas, planejamento de compras e organização da cozinha, técnicas da atitude, tarefas da alimentação, diário de atividades físicas/prática corporal, atividades de vida diária, atividades de vida profissional, autoconsciência corporal, responsabilização, técnica de atitude e deslizes e recaídas.

O 4º encontro tem a participação do nutricionista e do psicólogo. A reunião começa com a revisão do encontro anterior. Algumas atividades são realizadas, com dinâmicas, como revisão das tarefas, escolhas saudáveis, hábitos alimentares, um pouco a mais pode fazer mal, cardápio, armadilhas, deslizes e recaídas.

O 5º encontro tem a participação do nutricionista, do profissional de educação física e do farmacêutico. A reunião começa com a revisão do encontro anterior. Algumas atividades são feitas por meio de dinâmicas, como revisão das tarefas, previsão das recaídas, aspectos psicológicos da alimentação, uso de medicamentos, diário de atividade física e prática corporal.

O 6º encontro tem a participação do nutricionista, do psicólogo e do profissional de educação física. A reunião começa com a revisão do encontro anterior. Algumas atividades são desenvolvidas, com apoio de dinâmicas, envolvendo revisão das tarefas, revisão das orientações nutricionais, plano de manutenção, fortalecimento do compromisso com a mudança e finalização do processo. É feita uma avaliação do processo e é entregue, a cada participante, uma muda de erva aromática para tempero. Essa muda simboliza um elo entre a experiência vivenciada e o cotidiano de cada participante e valoriza a ideia de "temperar a vida" com uma nova prática culinária.

Um mês após o término dos encontros é realizada uma reunião de manutenção, visando a esclarecer dúvidas e a estimular as pessoas usuárias a continuarem incorporando hábitos mais saudáveis de vida.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba ⁽⁴⁵¹⁾

O EXCESSO DE PESO

Esse fator de risco manifesta-se no sobrepeso (índice de massa corporal igual ou superior a 25) ou na obesidade (índice de massa corporal igual ou superior a 30) e encontra-se em franco processo de aumento em todo o mundo. O excesso de peso guarda uma relação muito íntima com a atividade física e com a alimentação.

As relações entre sobrepeso e obesidade e condições crônicas são muito conhecidas. Isso tem sido constatado nos Estados Unidos: 300 mil mortes anuais causadas por obesidade; o risco de morte cresce com o aumento do peso; mesmo aumentos moderados de peso incrementam os riscos de morte, especialmente na idade de 30 a 64 anos; indivíduos obesos têm mais de 50% de riscos de morte prematura que indivíduos com peso adequado; a incidência de doenças cardiovasculares é maior em pessoas com sobrepeso e obesidade; a prevalência de hipertensão arterial é duas vezes maior em indivíduos obesos que em indivíduos com peso normal; a obesidade é associada com elevação de triglicérides e com diminuição do colesterol HDL; um ganho de peso de cinco a oito quilos duplica a chance de ter diabetes tipo 2 em relação a quem não ganhou peso; 80% dos portadores de diabetes têm sobrepeso ou obesidade; o sobrepeso e a obesidade estão associados com câncer de colo, de endométrio, de próstata, de rins e de mama; a apnéia do sono é mais comum em obesos; a obesidade está associada com a prevalência de asma; cada quilo de ganho de peso aumenta a probabilidade de se ter artrite em 9% a 13% e os sintomas da artrite podem melhorar com a queda do peso; a obesidade na gestante aumenta a chance de morte materna e infantil e amplia a chance de hipertensão da gestante em 10 vezes; a obesidade na gestante aumenta a probabilidade de ter diabetes gestacional, de ter filho com alto peso e de passar por uma cesárea; crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade têm maior chance de desenvolverem hipertensão e colesterol elevado; adolescentes com sobrepeso têm 70% de maior probabilidade de serem adultos com sobrepeso ou obesidade; e uma perda de peso de 5% a 15% da massa corporal total em pessoas com sobrepeso ou obesidade reduz o risco de várias enfermidades, especialmente das doenças cardiovasculares ⁽⁴⁵²⁾.

Não é diferente na Europa ⁽⁴⁵³⁾. O sobrepeso afeta de 30% a 80% dos adultos da região; 20% das crianças e adolescentes têm sobrepeso e, 30% deles, apresentam obesidade; a carga de doenças do excesso de peso é de 12 milhões de anos potenciais de vida perdidos a cada ano; a prevalência de obesidade cresce rapidamente e estima-se que haverá, em 2010, 150 milhões de adultos e 15 milhões de crianças com sobrepeso; a prevalência de obesidade em crianças vem aumentando e é, atualmente, dez vezes maior que nos anos 70; os adultos que foram obesos na adolescência têm maiores chances de apresentarem maiores graus de exclusão

social; a iniquidade na obesidade relaciona-se com a iniquidade na renda; e mais de 80% do diabetes em adultos de mais de 30 anos é atribuído a excesso de peso.

No Brasil, em termos nutricionais, vem ocorrendo a redução da prevalência de desnutrição e o aumento do sobrepeso e obesidade. Os dados do Vigitel 2010 mostraram que 48,1% dos brasileiros apresentaram excesso de peso e que 15,0% tinham obesidade. O excesso de peso e a obesidade foram maiores nos grupos de menor escolaridade. No período de 2006 a 2010, os percentuais de pessoas com excesso de peso ou obesidade aumentaram de 42,7% para 48,1% ⁽⁴³³⁾.

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022 ⁽³⁴³⁾, apresenta as seguintes metas em relação ao excesso de peso: reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes e deter o crescimento da obesidade em adultos.

As intervenções para o controle do peso estão mais fortemente ligadas aos campos da alimentação saudável e da atividade física. Elas podem ser implementadas nos níveis macro, meso e micro. No nível micro dos sistemas de atenção à saúde, as intervenções devem estar centradas na ESF, sob a forma de educação em saúde, autocuidado apoiado, apoio medicamentoso e vigilância desse fator de risco proximal. Um bom exemplo de ação sobre excesso de peso, realizado predominantemente na APS, é dado por uma operadora de saúde americana que utiliza um sistema de gestão do peso para seus beneficiários ⁽⁴²⁶⁾. A vigilância deve ser feita por meio de monitoramento constante de dados como peso, índice de massa corporal, medidas de circunferência abdominal e outros.

A INATIVIDADE FÍSICA

A atividade física é definida como os movimentos corporais produzidos por músculos esqueléticos que resultam em aumento substancial do gasto energético ⁽⁴⁵⁴⁾. A atividade física está intimamente relacionada com as condições crônicas e com os resultados sanitários. Além disso, a atividade física está associada negativamente com o excesso de peso ⁽⁴⁵⁵⁾.

A atividade física tende a se reduzir nas sociedades modernas em função da transição do trabalho intensivo em energia, como o trabalho agrícola, para as atividades de serviços; da redução concorrente dos níveis de atividade física em cada ocupação; e das mudanças decorrentes da introdução dos sistemas de transportes e das atividades de entretenimento, centradas na televisão. Uma análise econômica da alocação do tempo nos Estados Unidos, nas últimas quatro décadas, mostrou

que as pessoas despenderam mais tempo em entretenimento, viagem e transporte que em atividades produtivas, tanto no ambiente de trabalho quanto em casa ⁽⁴⁵⁶⁾.

Efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, antioxidantes, trânsito intestinal e funções psicológicas aparentam ser os principais mecanismos pelos quais a atividade física protege os indivíduos contra doenças crônicas ⁽⁴⁵⁷⁾.

O corpo humano foi programado para exercitar-se, especialmente para fazer caminhadas. Há evidências que a atividade física de caminhadas regulares produz os seguintes resultados: diminui pela metade o risco do diabetes; reduz em mais de 25% o risco de acidente vascular encefálico; reduz o risco de certos tipos de câncer; reduz os riscos de resfriados; e previne ou melhora a depressão ⁽⁴⁵⁸⁾.

Nos Estados Unidos, verificou-se que a atividade física regular moderada baixa as taxas de mortalidade, enquanto a atividade física mais intensa diminui a mortalidade em jovens e adultos. A atividade física regular está associada com uma diminuição do risco de desenvolver condições crônicas como o diabetes, o câncer colorretal e a hipertensão arterial; de reduzir a depressão e a ansiedade; de reduzir as fraturas por osteoporose; de ajudar no controle do peso; de manter saudáveis ossos, músculos e articulações; de ajudar as pessoas idosas a se manterem em melhores condições de se movimentarem; de promover o bem-estar; e de melhorar a qualidade de vida ⁽⁴⁵⁹⁾. Na Europa, resultados semelhantes foram identificados, mostrando que a atividade física regular diminui a mortalidade por todas as causas, a mortalidade e a morbidade por doenças cardiovasculares, os riscos de câncer de colo de útero e de mama, e o risco de ter diabetes tipo 2 ⁽⁴⁵³⁾.

A capacidade cardiorrespiratória, associada à atividade física, tem sido considerada como um dos mais importantes preditores de todas as causas de mortalidade, especialmente das mortes por doenças cardiovasculares, independente do peso corporal ⁽⁴⁵⁹⁾.

As evidências sobre os resultados positivos da atividade física na saúde levaram a Organização Mundial da Saúde e a Federação Internacional de Medicina de Esportes a recomendar que as pessoas devem aumentar gradualmente suas atividades físicas até atingir uma atividade moderada de 30 minutos diários e a observar que atividades mais intensas como corridas, ciclismo, tênis, natação e futebol podem prover, se indicadas, benefícios adicionais ⁽⁴⁶⁰⁾. Isso implica uma atividade física que seja: de intensidade pelo menos moderada; frequente, ou seja, diária; e que possa acumular, isso é, que os 30 minutos de atividades possam ser divididos em dois ou três períodos diários ⁽⁴⁶¹⁾. Essa proposta de atividade moderada pode ser incorporada

à vida diária, não somente em momentos de lazer, mas nos ambientes de trabalho, nas atividades domiciliares e no transporte, o que permite ampliar os seus benefícios para além das pessoas que normalmente se interessam pelas práticas de exercícios vigorosos e de esportes.

Não obstante o crescente conhecimento dos benefícios da atividade física, ela é pouco praticada no Brasil. A pesquisa Vigitel 2010 demonstrou que 14,9% dos brasileiros faziam atividades físicas no tempo livre (lazer); 30,8% faziam atividades físicas no tempo livre ou no deslocamento; 14,9% eram inativos no tempo livre, no deslocamento, no trabalho e na atividade doméstica; e 28,2% assistiam televisão três ou mais horas por dia. As atividades físicas no tempo livre variaram de 18,6% nos homens a 11,7% nas mulheres; e as atividades físicas no tempo livre e deslocamento variaram de 32,8% nos homens a 29,0% nas mulheres ⁽⁴³³⁾.

As intervenções em relação às atividades físicas, também, englobam ações nos planos macro, meso e micro. No plano macro envolvem intervenções urbanas para criar um ambiente físico e social estimulador de atividades físicas. No plano meso, intervenções de estímulo à atividade física podem ser desenvolvidas nas comunidades, nos ambientes de trabalho e nas escolas. Mas o foco, aqui, é no plano micro das unidades da ESF.

No plano micro, intervenções de atividade física podem ser feitas nas unidades da ESF, por meio de atividades educacionais, operacionais e de autocuidado apoiado, desenhadas para portadores de condições crônicas. Um exemplo é o programa de gestão da atividade física de uma operadora de saúde americana ⁽⁴⁰⁵⁾.

O projeto Diretrizes Clínicas da Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina para rastreamento do sedentarismo em adultos e intervenções na promoção da atividade física na APS, conclui pelas seguintes evidências: a avaliação sobre atividade física realizada não deve abordar apenas as horas de lazer, devendo ser indagado também sobre as atividades executadas durante o trabalho profissional e em casa, grau de recomendação B; utilizar a versão de curta do IPAQ (nove questões) para avaliar atividade física realizada no lazer, no trabalho em casa, no trabalho e durante deslocamentos, grau de recomendação B; realizar duas perguntas e utilizar o escore para classificar o nível de atividade, grau de recomendação B; utilizar instrumento de monitoramento da evolução da caminhada (pedômetro ou podômetro) como incentivo, grau de recomendação B; aconselhamento do médico de família e comunidade com duração de 2-3 minutos associado à entrega de folheto de reforço padronizado ou individualizado, grau de recomendação B; treinamento específico dos médicos para aconselhar sobre atividade física em 2 a 6 minutos na consulta, abordando a suplantação das barreiras e as mudanças de estágio de ação,

grau de recomendação B; intervenções que envolvem estratégias para a modificação de hábitos (definição de metas, automonitoramento, "transposição de barreiras", orientação sobre assuntos relacionados à prática de exercícios, como aquecimento, formas de evitar lesões, etc.) e enfatizam as atividades físicas moderadas, grau de recomendação A ⁽⁴⁶²⁾.

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022 ⁽³⁴³⁾, tem como meta aumentar a atividade física no lazer. No plano micro, a prioridade é o Programa Academia da Saúde que consiste na construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade física/práticas corporais, articulados com a APS ⁽⁴⁶³⁾.

O Programa Academia da Saúde visa contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. Os objetivos do programa são: ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; potencializar as ações nos âmbitos da APS e da vigilância e promoção da saúde; promover a integração multiprofissional na construção e execução das ações; promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; aumentar o nível de atividade física da população; estimular hábitos alimentares saudáveis; promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

O programa cria os polos da Academia da Saúde que podem estar vinculados a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou a uma unidade de APS.

Deverá ser constituído um grupo de apoio à gestão do polo formado pelos profissionais da APS que atuam no programa, por representantes da sociedade civil e por profissionais de outras áreas do poder público, envolvidos com o programa, para garantir a gestão compartilhada do espaço e organização das atividades.

O programa desenvolverá as seguintes atividades: promoção de práticas corporais e atividades físicas (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares,

yoga, tai chi chuan, dentre outros); orientação para a prática de atividade física; promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato); organização do planejamento das ações do programa em conjunto com a equipe de APS e usuários; identificação de oportunidades de prevenção de riscos, doenças e agravos a saúde, bem como a atenção das pessoas participantes do programa; mobilização da população adscrita ao polo do programa; apoio às ações de promoção da saúde desenvolvidas na APS; apoio às iniciativas da população relacionadas aos objetivos do programa; realização de outras atividades de promoção da saúde a serem definidas pelo grupo de apoio à gestão do programa em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde; e realização da gestão do polo do programa.

Os polos receberão um incentivo de custeio mensal ⁽⁴⁶⁴⁾. Esses polos deverão operar sob a responsabilidade de profissionais de nível superior.

Os municípios deverão elaborar projeto de implantação do Programa Academia da Saúde, contendo: plano de ação local, definição do local de implantação, quantitativo de polos existentes, perfil da população e número de habitantes contemplados, estratégias de monitoramento e avaliação das atividades e constituição do grupo de apoio à gestão do polo.

Esse programa poderá estimular a introdução de ações de práticas corporais e de atividade física nas unidades de APS do SUS, de forma contínua e regular.

Ações voltadas para o estímulo às atividades físicas já vêm sendo executadas em diferentes municípios brasileiros, como Aracaju, Belo Horizonte, Recife e Vitória, com evidências de sua efetividade ^(343, 465).

O Boxe 4 relata o programa Academia da Cidade da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Boxe 4: As Academias da Cidade em Belo Horizonte

As Academias da Cidade foram implantadas em Belo Horizonte a partir do ano de 2006. Em 2011, funcionavam 30 polos dessas academias, distribuídos em todos os nove distritos sanitários da cidade. Esses polos já cobrem 16 mil pessoas.

A implantação do projeto derivou da constatação de que havia, na cidade, altos índices de sedentarismo e a carência de locais para a prática do lazer e da atividade física.

O objetivo do programa é o de promover a saúde, o convívio social, a cultura e a qualidade de vida da população reforçando a prevenção das condições crônicas, bem como fortalecer a relação entre os diversos serviços disponíveis na rede para as comunidades de atuação do programa; articular as ações junto ao SUS a fim de ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas a jovens adultos, adultos e idosos, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis para promoção e prevenção da saúde; contribuir para a construção de hábitos de vida saudáveis e para a promoção da cidadania; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde; promover a comunicação entre as unidades de ESF, os NASFs e os centros de referência da assistência social, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde da comunidade servida pelo serviço; capacitar continuamente os profissionais de educação física e outros da saúde que estão envolvidos nesse projeto, em relação aos diversos temas abordados pelo programa.

As atividades propostas pelo Programa Academia da Cidade incluem ações de prevenção de agravos e promoção de saúde que são realizadas por dois profissionais de educação física, dois estagiários de educação física, com atividades gratuitas, com frequência de três vezes semanais, uma hora diária, funcionando de segunda-feira a sábado, nos turnos da manhã, tarde e noite, para qualquer pessoa maior de dezoito anos. Para ingressar no programa basta que as pessoas façam a inscrição e uma avaliação física. Na avaliação física será verificada a aptidão para a prática das atividades propostas pelo programa. Se houver necessidade será feita a referência à unidade de ESF a que a pessoa está adscrita para orientação.

Cada Polo da Academia da Cidade tem uma capacidade média de atender a quinhentas pessoas de seu entorno. Os eixos temáticos são: combate ao tabagismo, à alimentação inadequada e ao sedentarismo. Para alcançar os objetivos propostos pelo programa, utiliza-se, no processo de trabalho, a metodologia dos multiplicadores, na qual cada turma de pessoas usuárias praticantes das aulas de atividades físicas – formada por sessenta pessoas em média – é convidada a manter a prática fora do ambiente da academia, três vezes por semana, estimulando amigos e familiares à prática de caminhada e outras atividades nos espaços possíveis da comunidade, fora do ambiente das academias.

A principal atribuição dos profissionais de educação física no programa é atuar como multiplicador, buscando não só orientar atividades físicas e repassar informações relativas à promoção de saúde e à prevenção das condições crônicas, mas também transformar a realidade da comunidade local. As atividades dos polos são padronizadas pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde que coordena, monitora e organiza as atividades, mantendo certa autonomia para que cada equipe construa o seu plano de trabalho, os objetivos e o resultado esperado, de modo a levar em conta as diferentes realidades de cada região de atuação e de seu público.

Boxe 4: As Academias da Cidade em Belo Horizonte

As Academias da Cidade mantém "Bate-Papos" trimestrais abordando temas relativos à melhoria da qualidade de vida da sua população e utiliza de dinâmicas de grupo, palestras, discussões de casos, rodas de conversa, danças, entre outros, para alcançar as pessoas usuárias, na maioria das vezes, de forma multiprofissional, em parceria com outros serviços ou profissionais da rede. Assim, as Academia da Cidade de Belo Horizonte tornam-se espaços capazes de compartilhar experiências e informações, de expressar cultura e de estabelecer redes sociais que influenciam na construção do empoderamento dos cidadãos para a promoção da saúde e para a prevenção das condições crônicas na comunidade.

Os resultados têm sido positivos em relação a alguns índices de saúde relativos à alimentação, ao peso, ao tabagismo, ao uso de álcool e outros, e, também, uma maior responsabilização das pessoas usuárias com sua saúde. Além disso, perceberam-se melhorias psicossociais, físicas e funcionais, aumento da massa magra estimada, diminuição do percentual de gordura estimado, melhoramento no índice de massa corporal, no índice cintura/quadril, na força de membros superiores, na flexibilidade de membros inferiores, no VO2 estimado, na PSE e na aptidão física geral.

A prática de atividades físicas nas Academias da Cidade procura contemplar o físico com exercícios orientados, ampliar o conhecimento cultural com eventos diversos e o psicossocial com a vivência de grupo. Observou-se um incremento da procura por informações sobre o programa, sobre a importância da prática de atividades físicas regulares e sobre a alimentação. Outro aspecto interessante relatado pelos profissionais da saúde se refere ao vínculo estabelecido entre as pessoas usuárias, os polos e as unidades da ESF.

Fonte: Carvalho ⁽⁴⁶⁶⁾

O TABAGISMO

O tabagismo é responsável por 45% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cérebro-vascular, 30% das mortes por câncer e 90% das mortes por câncer do pulmão. O tabagismo é um problema grave entre os jovens: 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos, a idade média de iniciação é de 15 anos, 100 mil jovens começam a fumar a cada dia e 80% deles vivem em países em desenvolvimento ⁽⁴¹⁵⁾.

O tabaco atua em sinergia com outros fatores de risco para causar problemas como hipercolesterolemia, hipertensão e diabetes, multiplicando, dessa forma, os riscos para as doenças cardiovasculares ⁽⁴¹¹⁾. O risco de acidente vascular cerebral é duas vezes maior nos que fumam; o risco de desenvolver doenças vasculares periféricas é dez vezes maior nos tabagistas; e o risco de desenvolver doença coronariana é quatro vezes maior nos fumantes. O tabagismo está, também, relacionado com o aumento de doença pulmonar obstrutiva crônica, com afecções reprodutivas e de recém-natos e com osteoporose em mulheres na fase pós-menopausa ⁽⁴⁶⁷⁾. O tabagismo apresenta externalidades financeiras, vez que os gastos em saúde da população fumante são custeados pelo conjunto da sociedade ⁽⁴⁶⁸⁾.

No Brasil, a Pesquisa Vigitel 2010, realizada nas capitais brasileiras, mostrou que 15,1% dos brasileiros são fumantes, sendo 17,9% do sexo masculino e 12,7% do sexo feminino; 22,0% são ex-fumantes; 11,5% são fumantes passivos no domicílio; 11,4% são fumantes passivos no trabalho; 18,6% da população com até oito anos de escolaridade é fumante; esse percentual cai 11,6% na população de 9 a 11 anos de escolaridade e para 10,2% na população de 12 anos ou mais de escolaridade ⁽⁴³³⁾.

A queda do número de fumantes é expressiva quando se considera que os fumantes atingiam 34,8% da população no ano de 1989 ⁽⁴³³⁾.

Não obstante os sucessos alcançados pelo nosso país na redução do tabagismo, o percentual de fumantes ainda é muito alto e os esforços para diminuí-lo devem ser reforçados nos diversos âmbitos de intervenções, incluindo aquelas que se dão no espaço micro dos cuidados primários à saúde.

O controle do tabagismo implica a utilização de várias estratégias como a vigilância em saúde, a instituição de ambientes livres de tabaco, a ajuda às pessoas fumantes para deixar o tabagismo, as campanhas publicitárias para criar uma consciência dos efeitos perversos do fumo, a imposição de restrições à propaganda do fumo e o aumento dos impostos sobre o cigarro. Essas estratégias podem se desenvolver nos âmbitos macro, meso e micro e potenciam-se umas às outras.

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022, tem como meta reduzir o tabagismo em adultos ⁽³⁴³⁾.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo, proposto pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer, sistematiza quatro grandes grupos de estratégias: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo, crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar; um terceiro grupo em que se inserem medidas que visam a proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; e, por fim, medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização. Com esses objetivos, o programa foi delineado visando a sistematizar ações educativas e a mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que: reduza a aceitação social do tabagismo; reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar; proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental; reduza o acesso aos derivados do tabaco; aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar; controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produ-

tos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor ⁽⁴⁶⁹⁾.

As ações educativas envolvem campanhas e disseminação na mídia, como o Programa Comunidade Livre de Tabaco que conta com duas datas comemorativas, o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio) e o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto), ambas articuladas pelo Ministério da Saúde/Inca em todo o Brasil.

As intervenções contra o tabagismo se fazem nos planos macro, meso e micro.

No plano micro, as intervenções de controle do tabagismo nas unidades de saúde, especialmente as da ESF, são empreendidas pelo programa Saúde e Coerência. Esse programa visa a preparar as unidades de saúde para oferecerem apoio efetivo para a cessação de fumar aos fumantes que procuram seus profissionais para atendimentos de rotina. Portanto, é fundamental que haja coerência das unidades da ESF com o seu papel de vitrine de hábitos e estilos de vida saudáveis. Isso implica que as unidades de saúde tornem-se livres da poluição tabagística ambiental e seus profissionais, modelos de comportamento. Com esse objetivo, foi desenvolvido o programa Unidades de Saúde Livres do Cigarro, que envolve um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais que visam a estimular mudanças culturais na aceitação social do livre consumo de derivados de tabaco em unidades de saúde e, num primeiro momento, apoiar os profissionais fumantes a deixarem de fumar.

O programa inclui entre suas ações a capacitação de profissionais de saúde para que possam apoiar a cessação de fumar dos funcionários da unidade. Num segundo momento, o corpo de profissionais de saúde da unidade é capacitado para que possa inserir o apoio à cessação de fumar na rotina de atendimento à população.

Outro conjunto de intervenções fazem parte do programa Cessação de Fumar que envolve ações sistemáticas e específicas, visando aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim. Esse programa envolve diversas ações: divulgação de métodos eficazes para a cessação de fumar (campanhas, mídia, serviço gratuito de telefonia; internet); capacitação de profissionais de saúde para apoio à cessação de fumar: módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar; inserção do atendimento para cessação de fumar na rede SUS; mapeamento dos centros de referência para atendimento ao fumante no serviço de discagem gratuita do Ministério da Saúde, Disque Pare de Fumar; e articulação com outros programas como a ESF.

Pelo menos, dois tipos de ajudas devem ser oferecidos em qualquer programa de controle do tabagismo na ESF: o aconselhamento para o abandono do tabaco e o acesso a terapias farmacológicas como a reposição da nicotina e antidepressivo ^(470, 471, 472).

A farmacoterapia é mais cara e menos custo/efetiva que o aconselhamento na APS, mas apresenta taxas de abandono do tabaco duas a três vezes maiores ⁽⁴⁷³⁾.

O programa nacional antitabágico iniciou-se com a criação de Centros de Referência em Abordagem e Tratamento dos Fumantes, mas houve o problema de que essas intervenções se restringiram às unidades de saúde de maior densidade tecnológica e hospitais. A conclusão do grupo de trabalho gerou a publicação da Portaria GM/MS 1.035/04 ⁽⁴⁷⁴⁾, regulamentada pela Portaria SAS/MS 442/04 ⁽⁴⁷⁵⁾, que amplia a abordagem e tratamento do tabagismo para a APS e para a média complexidade e define que os materiais de apoio e medicamentos para o tratamento do tabagismo serão adquiridos pelo MS e encaminhados aos municípios com unidades de saúde capacitadas e credenciadas para tal fim.

O Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, aprovado pela Portaria SAS/MS 442/04 foi dividido nos seguintes tópicos: rede de atenção ao tabagista; capacitação; credenciamento; referência e contrarreferência; medicamentos e materiais de apoio; e avaliação. Segundo esse plano, qualquer unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar integrante do SUS, de qualquer nível hierárquico, pode fazer parte da rede de atenção ao tabagista, porém deverá ser obrigatoriamente credenciada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), preenchendo os seguintes critérios: não ser permitido fumar no interior da unidade; contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo; cópia do certificado de capacitação dos profissionais deverá ser incluída no processo de credenciamento da unidade; dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo; e garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante. O município deve garantir também, seja no local ou na referência, a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitarem de avaliação complementar.

O material de apoio a ser utilizado durante as sessões de abordagem cognitivo-comportamental, individual ou em grupo, e que é fornecido pelo Ministério da Saúde aos municípios com unidades de saúde credenciadas para abordagem e tratamento do tabagismo é o Manual do Participante, "Deixando de Fumar sem Mistérios". Esse manual fornece as informações e as estratégias necessárias para apoiar os participantes a deixarem de fumar e na prevenção da recaída.

Os medicamentos que são fornecidos pelo Ministério da Saúde aos municípios com unidades de saúde credenciadas para abordagem e tratamento do tabagismo são: adesivo transdérmico de nicotina; pastilhas de nicotina; goma de mascar de nicotina; e cloridrato de bupropiona.

É fundamental que haja coerência das unidades de saúde com o seu papel de vitrine de hábitos e estilos de vida saudáveis. Elas devem tornar-se livres da poluição do tabaco e estimular seus profissionais fumantes a deixarem de fumar. Para isso, desenvolve-se um módulo Unidades de Saúde Livres do Cigarro que envolve um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais que busca estimular mudanças culturais na aceitação social do livre consumo de tabaco em unidades de saúde e apoiar os profissionais fumantes a deixarem de fumar. Em sequência, desenvolve-se o módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar com a finalidade de capacitar profissionais de saúde para que possam apoiar, de forma efetiva, os fumantes da comunidade a parar de fumar. Os objetivos específicos são: eliminar a poluição tabagística ambiental em unidades de saúde, criando um clima favorável para a cessação de fumar; estimular os profissionais de saúde a deixarem de fumar e a adotarem outros hábitos saudáveis de vida (alimentação saudável, moderação no consumo de bebidas alcoólicas, atividade física, sexo seguro, cuidados relativos à exposição ao sol e à exposição ocupacional); estimular e preparar os profissionais de saúde para aconselharem e apoiarem seus pacientes no processo de cessação de fumar e na adoção de outros hábitos saudáveis de vida.

O módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar tem como objetivo aumentar o acesso dos fumantes aos avanços existentes na cessação do tabagismo, sensibilizar e capacitar profissionais de saúde, sensibilizar gestores para inserir o tratamento do fumante na rotina de assistência à saúde e organizar a rede de saúde para atender a demanda de fumantes que desejam parar de fumar. O módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar visa a capacitar profissionais de saúde para que eles possam apoiar de forma efetiva os fumantes no processo de cessação de fumar na comunidade em que atuam.

Tendo como base a abordagem cognitivo-comportamental, esse módulo é dividido em duas estratégias: abordagem mínima ou básica e abordagem intensiva ou específica.

Tanto na abordagem mínima, quanto na abordagem intensiva, alguns fumantes podem se beneficiar de um apoio medicamentoso. Esse apoio só deve ser oferecido aos fumantes que apresentarem um alto grau de dependência física à nicotina e tem a finalidade de reduzir os sintomas da síndrome de abstinência da nicotina.

O consenso sobre abordagem e tratamento do fumante indica que se devem articular intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, o que envolve: a detecção de situações de risco de recaída; e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Dentre as várias estratégias empregadas nesse tipo de abordagem tem-se o automonitoramento, o controle de estímulos, o emprego de técnicas de relaxamento e procedimentos aversivos. Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao autocontrole ou automanejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento ⁽⁴⁷⁶⁾.

As evidências mostram que, qualquer que seja a duração dessa abordagem, há um aumento da taxa de abstinência, porém, quanto maior o tempo total da abordagem (frequência da abordagem multiplicada pelo tempo gasto em cada contato) maior a taxa de abstinência. Por outro lado, a partir de um tempo total de abordagem de 90 minutos, não ocorre aumento adicional da taxa de abstinência. A associação de abordagens nas linhas que se seguem, até um máximo de quatro, conduz a um significativo aumento na taxa de cessação: preparar o fumante para soluções de seus problemas; estimular habilidades para resistir às tentações de fumar; preparar para prevenir a recaída; e preparar o fumante para lidar com o estresse ⁽⁴⁷⁷⁾.

A abordagem mínima consiste em uma breve abordagem estruturada, realizada na rotina de atendimento de qualquer profissional de saúde, com duração de três a cinco minutos, para mudar o comportamento do fumante.

A abordagem intensiva é uma abordagem realizada em ambulatório específico para atender os fumantes que desejam parar de fumar, sendo feita individualmente ou em grupo de apoio, através de sessões estruturadas. As sessões devem ser comandadas por dois profissionais de saúde de nível superior, e cada uma delas possui um tema com um roteiro específico. Essa abordagem é indicada para fumantes que foram identificados como motivados, durante as abordagens anteriores, tentaram deixar de fumar, mas não obtiveram sucesso, ou para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio. Essa abordagem se diferencia da mínima no que se refere à duração do contato a cada consulta. O ideal é que essa abordagem seja distribuída em quatro sessões estruturadas com periodicidade semanal, que no final some pelo menos noventa minutos de tempo total de contato, nas quatro primeiras sessões. Para o cronograma de acompanhamento após as quatro primeiras sessões, tanto em grupo como individual, sugere-se: quinze dias, trinta dias, sessenta dias, noventa dias, cento e oitenta dias e doze meses.

Os profissionais de saúde, para ajudarem as pessoas usuárias a parar de fumar, devem ter domínio em alguns campos. Eles devem entender o fenômeno da de-

pendência à nicotina e, para isso, o grau de dependência pode ser avaliado pelo teste de Fagerstrom que tem seis perguntas e permite definir se a pessoa tem uma dependência muito baixa, baixa, média, elevada, muito elevada ⁽⁴⁷⁶⁾. Essas questões permitem, ademais, enquadrar as pessoas num dos estágios motivacionais para parar de fumar, segundo a teoria dos estágios da mudança.

Para prescrição de apoio medicamentoso, o profissional deve seguir critérios que foram estabelecidos de acordo com o tipo de abordagem realizada: fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia; fumantes que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia; fumantes com escore do teste de Fagerstrom, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional; fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência; e não haver contraindicações clínicas ⁽⁴⁷⁶⁾.

Há evidências de que os programas antitabágicos aplicados na APS produzem bons resultados ^(478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485).

USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL

O uso excessivo do álcool é responsável por causar 3,7% de todas as mortes e de determinar 4,4% da carga global de doenças no mundo. Na população com menos de 60 anos de idade o valor da taxa de mortalidade aumenta para 5%. Além da carga de doenças, o uso excessivo do álcool determina sérios problemas sociais como problemas interpessoais e familiares, problemas no trabalho, violência, criminalidade e deriva social ⁽⁴⁸⁶⁾.

As consequências do uso excessivo de álcool em relação às condições crônicas são bem conhecidas: condições neurológicas como acidentes cérebro-vasculares, neuropatias e demência ^(487, 488); quadros psiquiátricos como ansiedade, depressão e suicídio ⁽⁴⁸⁹⁾; doenças cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio, hipertensão e fibrilação atrial ⁽⁴⁹⁰⁾; cânceres de boca, garganta, esôfago, fígado, colorretal e mama ⁽⁴⁹¹⁾; e doenças hepáticas como hepatite alcoólica e cirrose hepática.

Nos Estados Unidos, o uso excessivo do álcool é responsável por: 79 mil mortes por ano, se traduzindo na terceira principal causa de morte no país; 1,6 milhão de internações hospitalares no ano de 2005; e por 4 milhões de atendimentos anuais em unidades de urgência e emergência ⁽⁴⁹²⁾.

No Brasil, a pesquisa Vigitel 2010 mostrou que 18,0% dos brasileiros consomem abusivamente álcool. Para a pesquisa, esse índice reflete indivíduos que, nos trinta dias anteriores, consumiram, um único dia, mais de quatro doses (mulheres) ou mais de cinco doses (homens) de bebidas alcoólicas. Esse percentual vem aumentando, em 2006 foi de 16,1%. O uso abusivo de álcool, em 2010, foi maior entre homens, 26,8%, do que entre as mulheres, 10,6%, mas o crescimento entre as mulheres, no período de 2006 a 2010, foi bem maior que entre os homens ⁽⁴³³⁾.

É preocupante o consumo de álcool entre os adolescentes brasileiros ^(493, 494). Uma pesquisa analisou adolescentes e adultos jovens de 15 a 24 anos de idade, matriculados em cursos de saúde, e verificou que o consumo de álcool, nos últimos doze meses, foi relatado por 84,7% dos participantes ⁽⁴⁹⁵⁾.

As estratégias de prevenção e controle do uso excessivo do álcool, como todas as demais políticas de prevenção das condições de saúde, podem se desenvolver nos âmbitos macro, meso e micro e podem envolver diversas intervenções. O foco nesse livro é no âmbito micro das unidades da ESF.

Na ESF devem ser ofertadas intervenções preventivas e de tratamento do uso excessivo de álcool, com três objetivos: como um enfoque humanitário para alívio do sofrimento humano, como um método de reduzir o consumo de álcool na população e como maneira de reduzir os danos sanitários e econômicos do consumo abusivo.

Há evidências, obtidas em diferentes países e em diferentes tipos de serviços de saúde, de que o rastreamento oportunístico e as intervenções breves na APS são efetivas e custo/efetivas em pessoas com problemas de saúde determinados por uso excessivo de álcool, mas sem uma dependência severa ⁽⁴⁹⁶⁾. Essas tecnologias têm sido altamente disseminadas em todo mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento ⁽⁴⁹⁷⁾ e têm sido estimuladas pela Organização Mundial de Saúde ⁽⁴⁹⁸⁾.

Para as pessoas com dependência severa de álcool há uma série de abordagens de tratamento especializado, incluindo intervenções comportamentais, farmacológicas e psicossociais, de variadas intensidades, nos âmbitos domiciliares, dos serviços e comunitários. Há evidências de que as pessoas submetidas a esses tratamentos, de forma apropriada, apresentam melhores resultados sanitários que aquelas que não se submetem a eles e que os indivíduos com problemas mais complexos ou com baixo suporte social requerem abordagens mais intensivas ⁽⁴⁹⁹⁾.

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022 tem a meta de reduzir a prevalência do consumo nocivo de álcool ⁽³⁴³⁾.

Na ESF algumas intervenções devem ser efetivadas em relação ao uso excessivo do álcool. Há evidências de que, nos cuidados primários, vale a pena utilizar, de forma rotineiramente, instrumentos de detecção precoce de uso abusivo de álcool, o aconselhamento, a intervenção breve, a interação entre a equipe da ESF e especialistas, a atenção compartilhada entre ESF e especialistas, o encaminhamento implicado e outros.

É importante aplicar instrumento de detecção precoce do uso do álcool, como o CAGE, o AUDIT ou o ASSIST.

O CAGE consiste na aplicação de um questionário com quatro questões ⁽⁵⁰⁰⁾. Seu nome é um acrônimo de suas quatro perguntas: *Cut down; Annoyed by criticism; Guilty; e Eye-opener*. Esse instrumento tem sido utilizado no nosso país ^(501, 502, 503).

Outro instrumento, desenvolvido por um grupo formado pela Organização Mundial da Saúde e aplicado na APS, é o AUDIT, acrônimo de *Alcohol use disorders identification test* ⁽⁵⁰⁴⁾. Esse instrumento avalia o padrão de consumo de álcool, num período de 12 meses, por meio de dez questões que incluem três itens sobre o consumo de álcool, quatro itens sobre o uso de álcool, quatro itens sobre dependência e três itens sobre problemas. O AUDIT difere do CAGE porque não é, apenas, um instrumento de diagnóstico de alcoolismo, mas, também, de avaliação de risco. Pessoas situadas na zona I de risco devem ter um processo de educação em saúde; pessoas na Zona II devem ter aconselhamento; pessoas na Zona III devem ter aconselhamento, intervenção breve e monitoramento; pessoas na Zona IV devem ser referidas a especialista para avaliação diagnóstica e tratamento ⁽⁵⁰⁵⁾. A aplicabilidade do AUDIT na APS foi demonstrada por estudos avaliativos e o instrumento foi validado para utilização no Brasil, tendo apresentado uma confiabilidade satisfatória e uma capacidade captar as mudanças de consumo de álcool ⁽⁵⁰⁶⁾. Quando associado à intervenção breve, o AUDIT torna mais fácil a abordagem inicial e torna viável um *feedback* para a pessoa, de forma a possibilitar a introdução da intervenção breve e a motivação para a mudança ^(500, 507).

Um terceiro instrumento denomina-se ASSIST, um acrônimo de *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*. Esse instrumento foi validado para aplicação no Brasil, na APS ⁽⁵⁰⁸⁾. O ASSIST é um questionário breve composto por oito questões que leva um tempo de 7 a 9 minutos para ser completado e avalia outras

drogas, além do álcool, como o tabaco, a maconha, a cocaína, as anfetaminas, os sedativos e outras ⁽⁵⁰⁹⁾.

O aconselhamento para que a pessoa interrompa ou diminua o consumo de álcool deve ser claro e objetivo, baseado em informações personalizadas, obtidas durante a anamnese ^(502, 503). Um aconselhamento rápido feito por um generalista é capaz de induzir uma percentagem significativa de pessoas a interromper o consumo de substâncias psicoativas ⁽⁵¹⁰⁾. Os aconselhamentos podem ser mínimo (3 minutos), breve (3 a 10 minutos) e intenso (maior que 10 minutos). Sua técnica é simples e de fácil aplicação, sem prescrição do que deve ser feito, e consiste em chamar à reflexão, transmitir responsabilidade, opinar com honestidade, oferecer opções de escolha, demonstrar interesse, facilitar o acesso e evitar o confronto. As fases do aconselhamento são: avaliação, aconselhamento por meio de estratégia motivacional mínima, assistência e acompanhamento. É importante ressaltar coisas que não devem fazer parte do aconselhamento como dar conselho, demonstrar julgamento de valores e prescrever comportamentos ⁽⁵¹¹⁾.

A intervenção breve é um enfoque centrado na pessoa e limitado no tempo que se foca na mudança de comportamento. A intervenção breve não deve ser vista como uma entidade homogênea, mas como uma família de intervenções que variam em duração, conteúdo, objetivos de atuação e responsabilidades de provedores para sua utilização ⁽⁵¹²⁾.

Há elementos comuns que caracterizam as intervenções breves: *feedbacks* para as pessoas, responsabilidade por mudanças, aconselhamento para a direção das mudanças, o oferecimento de um menu de mudanças possíveis, uma abordagem empática e a busca da autoeficácia ⁽⁵¹³⁾.

Há evidências na literatura científica que suportam a eficácia e a efetividade das intervenções breves em reduzir o consumo de álcool em pessoas que não estão buscando o tratamento para o alcoolismo. Ainda que essas evidências sejam produzidas, em sua maioria, na APS, elas podem ser observadas em outros pontos de atenção à saúde ^(514, 515, 516). Além disso, há evidências que as intervenções breves são custo/efetivas ^(517, 518, 519).

Não obstante, há fatores que dificultam a introdução rotineira dessa tecnologia na atenção à saúde. Estudos demonstram que os profissionais de saúde não estão motivados ou são ambivalentes em abordar problemas do uso de álcool em pessoas que não estão, especificamente, procurando ajuda nesse campo ^(520, 521).

No SUS, há vários relatos de experiências da utilização de intervenções breves, na APS, no cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de álcool^(522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529).

O uso excessivo de álcool é um grave e crescente problema na saúde pública brasileira. Mas seu manejo pode ser feito, conjuntamente com intervenções em outros âmbitos, com bons resultados, na ESF.

AS ABORDAGENS PARA AS MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO

As intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais envolvem mudanças de comportamentos e de estilos de vida das pessoas.

A mudança comportamental para estilos de vida saudáveis é um grande desafio para a prevenção das condições de saúde e depende de esforços das pessoas e do apoio por parte dos profissionais de saúde. Para aumentar a efetividade dos processos de mudança, deve-se levar em consideração o contexto cultural, a motivação das pessoas para mudarem e o incremento da autonomia. Mudança de comportamento e de estilo de vida é uma decisão pessoal, mas que pode ser apoiada por uma equipe de saúde bem preparada, especialmente na ESF⁽⁵³⁰⁾.

Os processos de mudança de comportamento não ocorrerão somente a partir de informações. A prática mais comum nas unidades da ESF são atividades educacionais baseadas em palestras ou em grupos tradicionais operados com base numa atitude informacional e prescritora por parte dos profissionais de saúde. Isso não funciona. Há que se trabalhar, concomitantemente, as dimensões cognitivas e emocionais das pessoas para que o processo de mudança possa ocorrer. Um aspecto fundamental na mudança de comportamentos e de estilos de vida é criar capacidade das pessoas de traduzirem informações sobre questões práticas de como mudar⁽⁵³¹⁾.

Mudar comportamento das pessoas é uma tarefa complexa que exige o domínio, pelos profissionais da ESF, de diferentes abordagens que apresentam evidências de que são úteis. Várias abordagens são preconizadas para mudar comportamentos de pessoas e grupos⁽⁵³²⁾. Dentre as abordagens mais dirigidas a indivíduos, destacam-se a teoria da escolha racional, a teoria da ação racional⁽⁵³³⁾, a teoria do comportamento planejado, o modelo de autorregulação⁽⁵³⁴⁾, a teoria cognitiva social ou da aprendizagem social⁽⁵³⁵⁾, a teoria da autodeterminação⁽⁵³⁶⁾, a entrevista motivacional⁽⁵³⁷⁾, o modelo transteórico de mudança⁽⁵³⁸⁾ e os grupos operativos⁽⁵³⁹⁾. No campo dos modelos sociais, encontram-se a teoria da difusão da inovação⁽⁵⁴⁰⁾, a teoria da influência social⁽⁵⁴¹⁾, a teoria das redes sociais⁽⁵⁴²⁾, a teoria do gênero e poder⁽⁵⁴³⁾, o modelo de potenciação⁽⁵⁴⁴⁾, e o modelo ecológico e social⁽⁵⁴⁵⁾.

A diferenciação entre modelos individuais, focalizados nos processos psicológicos das pessoas e modelos sociais que enfatizam as relações sociais e os fatores estruturais que explicam os comportamentos humanos, é mais didática. É mais útil tomar as diferentes teorias ou modelos como um contínuo de intervenções que se potencializam ⁽⁵³²⁾.

Essas abordagens ajudam a compreender que o comportamento humano é importante e a desenvolver intervenções que sejam efetivas em mudar comportamentos e estilos de vida. Elas mostram que as mudanças de comportamento na saúde requerem uma série de estratégias que dependem do nível de conhecimento das pessoas em relação à sua saúde, às suas crenças, aos seus comportamentos, aos seus níveis de confiança, à força das suas redes de suporte social, aos seus níveis de motivação e aos fatores do ambiente ⁽⁵⁴⁶⁾.

Além de contribuir para a mudança de comportamentos, essas abordagens são úteis, nos cuidados primários de condições crônicas, como suporte ao autocuidado apoiado e à educação em saúde.

Em função de sua utilização na ESF serão descritas as abordagens do modelo transteórico de mudança, da entrevista motivacional e dos grupos operativos. Também se fará uma discussão sobre as técnicas de solução de problemas que são fundamentais na mudança de comportamento e de estilos de vida.

O MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA (MTT)

Uma das teorias mais aplicadas para facilitar as mudanças em relação aos comportamentos e aos estilos de vida tem sido o MTT ou modelo dos estágios da mudança de comportamento. Essa teoria postula que as mudanças de comportamento se dão em estágios sequenciais de estados psicológicos e comportamentais que vão desde uma falta de motivação até um novo comportamento sustentado.

O MTT foca a mudança intencional, pela via de uma tomada de decisão das pessoas, diferentemente de outras abordagens que estão focadas nas influências biológicas ou sociais do comportamento ⁽⁵⁴⁷⁾.

O MTT foi desenvolvido com base na análise comparativa de mais de duas dezenas de teorias e de modelos psicoterápicos com foco na mudança de comportamento, dentre eles a teoria cognitivo comportamental, a teoria existencial/humanista, a psicanálise e a *gestalt*. Os estudos mostraram que essas teorias teriam limitações e nenhuma delas tornava claro o processo de motivação para a mudança. Por isso, era

necessário o MTT, instituído na suposição de que as mudanças de comportamento bem-sucedidas dependem da aplicação de processos certos, nos estágios certos ⁽⁵⁴⁸⁾.

Os processos de mudança estabelecem o entendimento sobre como a mudança de comportamento acontece entre os diferentes estágios. A articulação entre os estágios de mudança e os processos de mudanças é um fator fundamental que deve ser buscado na aplicação do modelo transteórico. As intervenções comportamentais são mais efetivas se operam nos estágios e nos processos de mudança. Os processos podem ser subdivididos em cognitivos: aumento da consciência, alívio dramático, reavaliação de si, ativação emocional e dramatização, reavaliação ambiental e liberação social; e em comportamentais: liberação, contracondicionamento, controle de estímulos, gerenciamento de recompensas e relações de ajuda ⁽⁵⁴⁷⁾.

O balanço das decisões implica a elaboração dos fatores favoráveis e contrários à mudança.

A autoeficácia, conceito proposto pela teoria cognitiva social, significa o grau de confiança que a pessoa tem em si mesma para superar as situações desafiadoras de sua mudança e a habilidade de superar os movimentos contrários a um comportamento saudável ⁽⁵³⁵⁾. Grande parte dos trabalhos que usa o MTT limita-se ao construto da mudança de estágios, desconsiderando os demais, o que está na base de algumas críticas que se fazem ao uso dessa abordagem. A razão está na dificuldade de integração de todos os componentes entre os estágios ⁽⁵⁴⁹⁾.

Segundo os propositores do MTT os processos de mudança são contínuos e as pessoas apresentam diferentes níveis de motivação. A motivação é conceituada como a probabilidade de uma pessoa se envolver numa estratégia específica de mudança, aderir a essa estratégia e continuar nela. A motivação não é um traço de personalidade, dependente do caráter de uma pessoa, mas uma prontidão para a mudança que flutua de um momento para outro. As dificuldades de mudança são aumentadas pela ambivalência que é a experiência de um conflito psicológico para decidir entre duas alternativas diferentes. Muitas vezes, conhece-se que comportamentos mudar, mas isso não é concretizado em função de uma motivação flutuante que decorre do fato de que cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos, como parar ou não de fumar ⁽⁵³⁸⁾.

Outro conceito fundamental no MTT é o de prontidão que manifesta a vontade de se colocar num processo pessoal ou de adotar um novo comportamento que significa uma mudança paradigmática em relação ao comportamento-problema e a definição de um foco na motivação. Existem dois aspectos de prontidão, a prontidão para a mudança e a prontidão para o tratamento. A prontidão para a mudança mede-se

pela integração entre a consciência do problema e a confiança em sua capacidade de mudar, ou seja, o aumento da autoeficácia. A prontidão para o tratamento alicerça-se na motivação para procurar ajuda e para começar, manter e finalizar um tratamento. Uma pessoa com dependência química pode buscar tratamento e começá-lo (alta prontidão para o tratamento), mas não estar efetivamente pronta para permanecer abstêmia (baixa prontidão para a mudança) ⁽⁵⁵⁰⁾.

Instrumentos para a mensuração do estágio motivacional foram desenvolvidos como o URICA, University of Rhode Island Change Assessment, e o SOCRATES, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. Eles têm sido validados para o Brasil para utilização com pessoas com dependência química ^(551, 552, 553).

O Quadro 2 mostra a prontidão para a mudança como estágios pelos quais as pessoas transitam e os modos de motivar as mudanças de comportamento, segundo o MTT.

Quadro 2: Os estágios de mudança e os modos de motivar as mudanças

ESTÁGIO DE MUDANÇA	INCENTIVOS À MUDANÇA
Pré-contemplação: é uma etapa de negação, sem reconhecimento do problema; não há nenhum interesse na mudança nos próximos seis meses. "Eu não vou".	Aumento da consciência da necessidade da mudança por meio de informação. Levantar dúvidas, aumentar a percepção da pessoa sobre os riscos e os problemas do comportamento atual. Aumento da consciência promovendo ambivalência e personalizando informação
Contemplação: reconhece o problema, mas é ambivalente; balanceamento dos riscos e benefícios da mudança, mas pensando em mudança. "Eu penso em".	Relação dos prós e contras da mudança e busca de apoio à mudança. Inclinar a balança, evocar as razões para a mudança e lembrar os riscos de não mudar; fortalecer a auto-suficiência da pessoa para a mudança do comportamento atual. Aumento da motivação e confiança e criação de expectativas positivas
Preparação: planejamento para a mudança, início de algumas mudanças e construção de alternativas; intenção em tomar ações de mudança no prazo de um mês. "Eu vou".	Solução da ambivalência e acordo sobre a mudança. Elaboração de um plano de ação com definição dos passos, tempos e incentivos. Ênfase no processo de solução de problema. Apoio para a pessoa estabelecer uma alternativa de ação para a mudança.
Ação: as mudanças ocorrem e os novos comportamentos aparecem; mudando numa ação específica. "Eu estou".	Sustentabilidade da motivação e aumento da autoeficácia. Elaboração de metas de curto prazo e construção de capacidade de solução dos problemas que surgirem no curso da ação. Apoio à pessoa para efetivar a mudança.

ESTÁGIO DE MUDANÇA	INCENTIVOS À MUDANÇA
Manutenção: os novos comportamentos continuam com confiança crescente e a superação das barreiras ocorre; mudanças persistentes de seis meses a cinco anos. "Eu tenho estado".	Sustentabilidade da motivação e aumento da autoeficácia. Paciência, persistência e conscientização da necessidade de mudança. Apoio à pessoa para identificar e aplicar estratégias de prevenção de recaída.
Relapso: falha na manutenção, recaída, retorno ao comportamento antigo, volta a um estágio anterior.	Entendimento das causas da recaída e aprendizagem sobre a sua superação. Apoiar a pessoa a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, incentivando-a a afastar-se da imobilidade e da desmoralização da recaída.

Fontes: Prochaska e DiClemente ⁽⁵³⁸⁾; Dias, Nonato e Chaves ⁽⁵³⁰⁾; Lozano e Schmalings ⁽⁵⁵⁴⁾.

Cada estágio pode ser caracterizado por um tipo de frase da pessoa. Por exemplo, na aplicação do MTT na alimentação essas frases poderiam ser: no estágio de pré-contemplação: "Eu não tenho uma alimentação saudável, mas não vou mudar nada"; no estágio de contemplação: "Sei que não me alimento como deveria, mas é muito difícil ter uma alimentação saudável"; no estágio de preparação: "Segunda-feira que vem começo a dieta"; no estágio da ação: "Estou fazendo dieta há um mês e já consegui emagrecer"; no estágio de manutenção: "Aprendi a me alimentar de forma saudável e não engordei mais nos últimos dez meses".

Para que uma intervenção seja bem-sucedida ela deve incidir sobre o estágio apropriado em que a pessoa se encontra. Como exemplo, o aumento da consciência entre os estágios de pré-contemplação e contemplação.

As pessoas podem passar por todos os estágios, mas não se movimentam de forma linear; ao contrário, elas transitam pelos estágios em movimentos espirais em que podem progredir ou regredir, sem uma ordenação lógica, podendo demonstrar, simultaneamente, aspectos ligados a diferentes estágios.

Há uma relação entre os estágios de mudanças e as intervenções a serem aplicadas, o que mostra interrelações entre diferentes abordagens de mudança de comportamentos. Assim, nos estágios de pré-contemplação e contemplação, com o objetivo de trabalhar a motivação e a ambivalência, indicam-se a entrevista motivacional e os grupos operativos; no estágio de preparação, com o objetivo de mudar comportamento, indicam-se, também, a entrevista motivacional e os grupos operativos. No estágio de ação, com objetivos ligados à cognição e à aquisição de habilidades, indicam-se os grupos operativos, palestras e oficinas. No estágio de manutenção, com objetivos cognitivos e de aquisição de habilidades, indicam-se palestras e oficinas ⁽⁵³⁰⁾.

O MTT tem sido aplicado, em vários países do mundo, na prevenção das condições de saúde e no autocuidado apoiado^(546, 555, 556). Por exemplo, o programa "Cultivando a saúde" da Kaiser Permanente está baseado no modelo transteórico e se destina a ajudar seus clientes para adotarem estilos de vida saudáveis, em relação à atividade física⁽⁴²³⁾, ao estresse⁽⁴²⁴⁾, ao tabagismo⁽⁴²⁵⁾ e ao peso⁽⁴²⁶⁾.

No Brasil essa teoria também tem sido considerada em campos como a atividade física^(557, 558, 559, 560, 564), a alimentação^(561, 562, 565, 566, 567, 568, 569), o uso excessivo de álcool^(563, 571, 572), as dependências químicas⁽⁵⁵¹⁾ e o autocuidado no diabetes⁽⁵⁷³⁾. O MTT foi considerado no Projeto Diretrizes Clínicas da Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina para rastreamento do sedentarismo em adultos e promoção da atividade física na APS⁽⁴⁶²⁾.

Há revisões sistemáticas que demonstraram a efetividade do MTT na adoção de estilos de vida saudáveis, como a atividade física^(574, 575). Há estudos que consideram que o MTT é eficaz em certos comportamentos relativos à adição, como tabagismo e uso excessivo de álcool, mas que ela seria menos eficaz no autocuidado de condições crônicas^(576, 577).

Por outro lado, há trabalhos que questionam a efetividade do MTT em mudar comportamentos não saudáveis^(578, 579, 580, 581, 582). Para alguns críticos do modelo, ele tem limitações mais fortes em mudar comportamentos relativos à atividade física e à alimentação em relação ao tabagismo porque comportamentos desejáveis de alimentação saudável e de exercícios são objetivos muito complexos^(583, 584). As respostas a essas críticas envolvem considerações de que muitos desses estudos limitam suas intervenções aos estágios da mudança, sem incluir intervenções relativas aos outros construtos que são parte do modelo como os processos de mudança, o balanço das decisões e a autoeficácia; e que outros desses estudos são pobremente desenhados para sustentar as suas conclusões^(585, 586, 587, 588).

A ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

As mudanças comportamentais são fundamentais para a melhoria dos níveis de saúde da população. Mas, muitas vezes, os profissionais de saúde, ainda que sentindo a importância das mudanças comportamentais, não estão capacitados a ajudar, de forma efetiva, as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis. As frustrações dos profissionais podem se manifestar de diversas formas: *"Eu digo e repito a eles o que fazer, mas eles não fazem"*; *"Meu trabalho é apenas apresentar os fatos e é tudo que posso fazer"*; *"Essas pessoas levam uma vida muito difícil, e eu entendo que fumam"*; *"Não sou um conselheiro, eu diagnostico e trato condições médicas"*; *"Alguns dos meus pacientes vivem em completa negação"...* Apesar das

consequências devastadoras da bebida ou das drogas, sua ambivalência em mudar era notável. Rapidamente, aprendemos que preleções, argumentações e advertências não funcionavam com pessoas ambivalentes e, com o tempo, desenvolvemos a abordagem mais suave que passaria a se chamar entrevista motivacional. O foco era ajudar essas pessoas a falar e a resolver sua ambivalência em relação à mudança comportamental, usando sua própria motivação, energia e comprometimento para tanto... Ficou claro para nós e para outras pessoas que esse método poderia ser útil fora do campo da drogadição. De fato, as dificuldades com a ambivalência em relação à mudança não são específicas da drogadição, mas são características da condição humana. Atualmente, grande parte do cuidado de saúde envolve ajudar os pacientes a lidar com condições de longo prazo, cujos resultados podem ser bastante influenciados por mudanças comportamentais ligadas aos estilos de vida... Nosso desafio é encontrar um meio pelo qual os profissionais da saúde possam usar os elementos da entrevista motivacional na correria da prática clínica cotidiana" (537).

A EM foi proposta, pela primeira vez, em 1983, como uma intervenção breve em relação ao alcoolismo, mas desde o início dos anos 90, passou a ser utilizada em outros problemas ligados aos comportamentos como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, drogadição, adesão a medicamentos e a certos procedimentos, uso de preservativos e outros (589). A EM tem sido utilizada, também, no autocuidado apoiado (155).

A entrevista motivacional tem foco na mudança de comportamentos das pessoas, especialmente aquelas que não desejam mudar ou fazer um tratamento ou, ainda, que estejam numa situação de ambivalência entre mudar e não mudar. Pode ser feita numa única entrevista, mas é mais comum que seja realizada num conjunto de 4 a 5 encontros individuais (530).

Um conceito fundamental da EM é a ambivalência com relação à mudança e reflete as motivações conflitantes entre desejar e não desejar concomitantemente. "Quero diminuir meu peso, mas não gosto de fazer atividade física". A ambivalência manifesta-se, muitas vezes, com um "mas" no meio de uma frase.

Há uma diferença importante entre as intervenções de EM e as intervenções confrontativas em mudanças comportamentais, conforme se vê no Quadro 3, em relação ao alcoolismo.

Quadro 3: Diferenças nas abordagens do confronto da negação e da entrevista motivacional no alcoolismo

ABORDAGEM DO CONFRONTO DA NEGAÇÃO	ABORDAGEM DA EM
Forte ênfase na aceitação da existência de um problema; aceitação do diagnóstico vista como essencial para a mudança.	Não há ênfase em rótulos; a aceitação do alcoolismo ou de outros rótulos é vista como desnecessária para que ocorra a mudança.
Ênfase na patologia da personalidade que reduz a escolha, o julgamento e o controle pessoal.	Ênfase na escolha pessoal e na responsabilidade pela decisão quanto ao comportamento futuro.
O profissional apresenta as evidências percebidas dos problemas para tentar convencer o paciente a aceitar o diagnóstico.	O profissional conduz avaliações objetivas, mas se concentra em elucidar as preocupações do paciente.
A resistência é vista como negação, um traço que deve ser confrontado.	A resistência é vista como um padrão de comportamento interpessoal, influenciado pelo comportamento do profissional.
A resistência é tratada com argumentação e correção.	A resistência é tratada com reflexão.
As metas do tratamento e as estratégias de mudança são prescritas para o paciente pelo profissional: a pessoa é vista como incapaz de tomar decisões firmes devido à negação.	As metas de tratamento e as estratégias de mudança são negociadas entre a pessoa usuária e o profissional, baseadas em dados e aceitabilidade; o envolvimento da pessoa e sua aceitação das metas são vistos como vitais.

Fonte: Dias, Nonato e Chaves ⁽⁵³⁰⁾

Há diferenças entre intervenções breves e uma modalidade simplificada de EM para ser utilizada especialmente nos cuidados primários. Essa variação de EM breve tem curta duração porque realizada numa única sessão ^(590, 591).

A descrição da EM que se utiliza nesse trabalho está baseada no livro de Rollnick, Miller e Butler ⁽⁵³⁷⁾.

O espírito geral da EM é descrito como uma abordagem colaborativa, evocativa e com respeito pela autonomia da pessoa usuária dos sistemas de atenção à saúde. A dimensão colaborativa institui-se numa relação parceira, horizontal e com decisões compartilhadas. A dimensão evocativa busca fazer aflorar o que a pessoa já tem, ativando sua motivação e seus recursos para a mudança. A dimensão pela autonomia da pessoa implica a aceitação de que ela é quem, afinal, decide o que fazer. Por outro lado, a EM estrutura-se em quatro princípios orientadores: resistir ao reflexo de fazer as coisas; entender e explorar as motivações das pessoas; escutar com empatia; e fortalecer a pessoa, estimulando a esperança e o otimismo.

Há diferentes tipos de conversa sobre mudanças: o desejo da pessoa; a capacidade da pessoa em mudar, o que reflete sua força motivacional; as razões para a mudança; a necessidade da mudança; o comprometimento com a mudança; e os passos dados concretamente para a mudança.

Na EM são utilizados três estilos de comunicação: o acompanhamento, um suporte à pessoa em seu movimento por uma escuta qualificada; o direcionamento que implica um protagonismo maior do profissional; e a orientação em que o profissional sabe o que fazer e oferece alternativas para a opção da pessoa. Um profissional sensível e habilidoso é capaz de alternar esses estilos comunicativos conforme as situações que se apresentam na prática clínica.

Os estilos de comunicação são operados por meio das três habilidades comunicativas fundamentais: perguntar, escutar e informar.

Perguntar é uma tarefa complexa na clínica da mudança de comportamento. As perguntas podem ser fechadas e abertas, ambas têm a capacidade de evocar informações. Contudo, as perguntas abertas evocam mais informações, são de maior utilidade porque vão além do que foi perguntado e alimentam o relacionamento entre o profissional e a pessoa usuária.

Perguntar bem exige um tom e ritmo adequados, clareza, senso de curiosidade e fina capacidade de escuta. É fundamental, também, para se preparar um plano de cuidado feito de forma colaborativa entre o profissional de saúde e a pessoa. Ocorre que uma pessoa, muitas vezes, não apresenta somente um comportamento não saudável; ao contrário, esses comportamentos tendem a se agrupar numa mesma pessoa que pode se alimentar mal, for inativa e fazer uso excessivo de álcool. Para isso, é importante oferecer a uma pessoa uma ficha com vários comportamentos representados em um retângulo (por exemplo, inatividade física, tabagismo, estresse e outros), mas com alguns retângulos em aberto para que a pessoa escolha o comportamento que quer discutir para melhorar sua saúde.

A utilização de escalas é importante para falar da mudança e para evocar os diálogos sobre mudança. Em geral, utilizam-se escalas de 0 a 10, especialmente sobre a importância de mudar e sobre o grau de confiança em obter sucesso na mudança. Essas escalas são úteis para a orientação das estratégias de mudança e para o estabelecimento de uma agenda entre o profissional e a pessoa usuária.

É preciso favorecer o processo de mudança com uma escuta reflexiva. Escutar qualificadamente apresenta vários resultados: ajuda a obter informações importantes; promove um relacionamento mais próximo com a pessoa; incentiva a pessoa a ser

mais aberta, honesta e receptiva às orientações; e constitui, isoladamente, um fator não específico na melhoria da saúde porque somente o ato de escutar já pode promover mudanças.

A escuta reflexiva envolve resumos breves das falas da pessoa e tem várias funções: lembra o que a pessoa falou e que o profissional a está escutando atentiosamente, permite dar ênfase a temas mais significativos e permite mudar a direção do diálogo.

Informar de forma apropriada envolve solidariedade, clareza e concisão. Algumas características essenciais de uma boa informação são: não sobrecarregar as pessoas, fornecer informações simples em grupos, evitar termos técnicos e verificar se a pessoa entendeu o que foi informado. Por isso, é mais adequado falar de uma troca de informações do que em informar.

A informação na EM deve ser provida segundo algumas diretrizes. De acordo com o princípio da autonomia, o profissional só deve informar com a permissão da pessoa. Ao informar, o profissional deve oferecer, se possível, opções à pessoa. Ao fornecer informações, especialmente aquelas relativas a ações a serem tomadas pela pessoa, o profissional pode considerar falar como isso ocorreu com outras pessoas em situações semelhantes, evitando dizer diretamente o que a pessoa deve fazer. Duas estratégias para informar podem ser úteis. Uma, a estratégia de informar-verificar-informar pela qual o profissional dá informações, verifica se a pessoa entendeu e fornece mais informações. O objetivo dessa estratégia é transformar o processo de informar numa conversa, fugindo às normas prescritivas. Uma outra, é a estratégia de evocar-fornecer-evocar. O processo de evocar se inicia com uma pergunta aberta, depois vem o fornecimento de informações que sejam administráveis e, por fim, o ciclo se fecha com uma evocação realizada sob a forma de outra pergunta aberta para incentivar a resposta da pessoa à informação prestada.

As três habilidades comunicativas podem ser utilizadas em difentes combinações: informando e perguntando, perguntando e escutando, escutando e informando. Essas combinações se unem para permitir um diálogo clínico mais produtivo que permita orientar ao invés de ordenar, incentivar ao invés de constranger e negociar ao invés de prescrever.

A EM ajuda as pessoas em situação de ambivalência a buscar as motivações internas para a mudança dos comportamentos não saudáveis. Falando sobre as razões pró-mudança e como fazer a mudança, a pessoa pode se convencer a mudar.

A EM apresenta cinco princípios: expressar empatia, desenvolver discrepância, evitar discussões, fluir com a resistência e apoiar a autoeficácia ⁽⁵³⁰⁾.

Expressar empatia implica compreender e aceitar as experiências das pessoas, o que inclui a ambivalência. A relação entre profissional e pessoa usuária é horizontal, solidária, sem julgamentos, procurando estimular a autonomia e a liberdade dessa pessoa.

Desenvolver discrepância significa uma atitude profissional de fortalecer a consciência da pessoa usuária da inconsistência entre os seus comportamentos não saudáveis e as suas metas e os seus valores para motivá-la para a mudança. O profissional deve abster-se de identificar a discrepância, levando a própria pessoa a identificá-la. A pessoa deve perceber as consequências de seu comportamento para sua saúde, o que aumenta o conflito. Trabalhar esse conflito é um importante passo para a mudança.

Evitar as discussões quer dizer fugir às confrontações diretas sobre a conveniência e a utilidade da mudança. As situações confrontativas entre profissional e pessoa usuária ampliam a resistência à mudança.

Fluir com a resistência diz respeito a uma atitude profissional de não se opor diretamente a quaisquer resistências colocadas pela pessoa usuária. A pessoa deve ser a fonte primária de soluções e respostas aos problemas e, por isso, o profissional deve convidar e não impor novas perspectivas.

Apoiar a autoeficácia é uma atitude profissional de manter e expressar a crença de que a pessoa usuária tem a possibilidade de mudar, enfatizando a habilidade da pessoa em escolher e levar adiante um plano de mudança comportamental.

A capacitação dos profissionais de saúde na EM é um processo educacional complexo que vai muito além de atividades curtas. Esse processo exige duas condições fundamentais para obter proficiência na EM: *feedback* sistemático sobre o desempenho e instrução pessoal nas habilidades ⁽⁵⁹²⁾.

Rollnick, Miller e Butler elaboraram uma lista extensiva de pesquisas sobre a EM para os temas de álcool e drogas, asma/DPOC, doenças cardiovasculares, saúde bucal, diabetes, dieta, saúde mental, atividade física, HIV/Aids, adesão a tratamentos, comportamento sexual e tabaco ⁽⁵³⁷⁾.

Há evidências de que a EM tem produzido resultados em relação aos dependentes de álcool, à redução de peso e ao controle da pressão arterial ^(593, 594, 595). A EM tem sido vista como particularmente efetiva em pessoas que apresentam baixa motivação para a mudança ⁽⁵⁹⁶⁾. Uma meta-análise que avaliou 72 ensaios clínicos sobre EM mostrou que essa técnica é muito efetiva em relação ao uso de drogas e encontrou

efetividade em relação a outras condições como dieta, redução dos riscos para HIV, exercícios físicos e adesão a tratamentos ⁽⁵⁹⁷⁾. Uma meta-análise indicou que a EM superou os aconselhamentos tradicionais no manejo dos problemas comportamentais ligados à saúde ⁽⁵⁹⁸⁾. Vários ensaios clínicos verificaram que a EM teve efeitos promissores na mudança de estilos de vida e em resultados sanitários em relação a abordagens como a educação em saúde, as intervenções de redução de riscos e os aconselhamentos ^(599, 600). Um ensaio clínico estabeleceu que a EM mostrou-se eficaz na mudança de estilos de vida em pessoas portadoras de hipertensão arterial ⁽⁶⁰¹⁾. Outro ensaio clínico demonstrou que a EM foi mais efetiva que as abordagens padrões no controle do tabagismo ⁽⁶⁰²⁾. A EM apresentou bons resultados no tratamento de jovens usuários de maconha ⁽⁶⁰³⁾. Contudo, a aplicação da EM tem sido criticada por ser passiva e demorar muito tempo para produzir resultados ⁽⁶⁰⁴⁾.

A EM tem sido proposta e utilizada no Brasil em mudanças de comportamentos não saudáveis ^(530, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614).

O Boxe 5 procura mostrar como a EM pode ser utilizada no autocuidado apoiado em duas vertentes principais que expressam a disposição das pessoas em se autocuidarem: a importância e a confiança. Uma mudança comportamental só ocorrerá se a pessoa entender que ela é importante. Mas mesmo numa pessoa que julgue importante uma mudança comportamental, ela só ocorrerá se essa pessoa está confiante em fazê-la (autoeficácia). A importância e a confiança de uma pessoa pode ser validada numa escala de 0 a 10. Qualquer valor inferior a 7 indica que a pessoa dá baixa ou média importância ou está com baixa ou média confiança, o que, provavelmente, fará com que a mudança comportamental não ocorra.

Boxe 5: A utilização da entrevista motivacional no autocuidado apoiado

O autocuidado depende da seguinte equação: disposição para o autocuidado = importância X confiança. Assim, pessoas que acham que a atividade física não é importante não vão praticá-la; pessoas que acham a atividade física importante, mas que não estão confiantes que podem exercitá-la (autoeficácia), também não vão praticá-la. Assim, há que se atuar nessas duas variáveis: pessoas que acham pouco importante devem ser trabalhadas com informação e por meio da educação em saúde; pessoas que acham importante, mas que apresentam baixa confiança devem ser trabalhadas com definição de metas, plano de ação e técnicas de solução de problemas.

Um diálogo para avaliar a importância e a confiança

Profissional: Eu verifiquei sua hemoglobina glicada e ela se elevou para 8,5%.

Pessoa usuária: Eu sei que ela deveria estar em torno de 7%.

Profissional: É certo. O que você gostaria de fazer?

Pessoa usuária: Eu estou em dieta, sou muito ocupado e não tenho tempo para exercitar-me. Não sei o que fazer.

Profissional: Poderíamos falar um pouco sobre exercício físico?

Pessoa usuária: Hummm, está bem.

Profissional: Quão importante é para você aumentar seus exercícios físicos? Pense numa escala de 0 a 10 em que 0 significa que não é importante e 10 que é importante e que você deve fazê-lo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pessoa usuária: É 8. Eu sei que realmente devo fazê-lo.

Profissional: Agora, usando a mesma escala de 0 a 10, defina quão confiante você está de que pode exercitar-se mais. 0 significa que você não tem nenhuma confiança e 10 que você está cem por cento confiante.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pessoa usuária: Minha confiança é 4 porque, como disse, não tenho tempo para fazer exercícios.

Profissional: Por que você respondeu 4 e não 1?

Pessoa usuária: Porque posso me exercitar nos fins de semana e, assim, não é completamente impossível para mim.

Profissional: O que você poderia fazer para aumentar seu grau de confiança de 4 para 8?

Pessoa usuária: Poderia ser se me exercitasse com um amigo e poderia me motivar. Tenho um amigo no trabalho que tem diabetes também.

Profissional: Você quer estabelecer uma meta de curto prazo a respeito de exercício físico? Nós poderíamos também elaborar, conjuntamente, um plano de ação.

Boxe 5: A utilização da entrevista motivacional no autocuidado apoiado

Lições do diálogo

O profissional permite à pessoa usuária construir uma agenda comum: "Poderíamos falar um pouco sobre exercício?"

Se o nível de importância é alto, 7 ou mais, deve-se mover para o estabelecimento do plano de cuidado. Se o nível de importância é baixo (inferior a 7), deve-se prover mais informações à pessoa usuária sobre os riscos de não mudar seu comportamento. Nesse caso, o profissional deve propor um plano de ação informacional: "Você gostaria de ler esse *folder* sobre diabetes e falar sobre ele no nosso próximo encontro?" Se o nível de importância é médio, 4 a 7, o profissional deve perguntar porque é 4 e não 1. Isso coloca a pessoa usuária na posição de falar positivamente porque existe algum grau de confiança. Perguntando o que poderia ser feito para mover-se do grau de confiança 4 para 8, faz a pessoa usuária pensar criativamente em como mudar seu comportamento. Nesse caso, isso leva a um plano de ação como o de falar com um amigo do trabalho sobre a possibilidade de caminharem juntos e, posteriormente, a outro plano de ação de caminharem juntos vinte minutos, três vezes por semana.

Quando há um suficiente nível de importância e de confiança para a mudança, o profissional deve sugerir um plano de ação.

Um diálogo para a construção de uma agenda comum

Profissional: Sua hemoglobina glicada foi de 7,5% a 8,5%.

Pessoa usuária: Isso não é bom porque sei que deveria estar em torno de 7%.

Profissional: Você gostaria de gastar alguns minutos discutindo o que fazer?

Pessoa usuária: Está bem.

Profissional: Deixe-me perguntar-lhe uma coisa: você sabe como baixar sua hemoglobina glicada?

Pessoa usuária: Bem, provavelmente isso tem a ver com o que como, se faço exercícios ou se tomo os meus medicamentos.

Profissional: Vou lhe mostrar uma figura que apresenta algumas escolhas sobre como baixar a hemoglobina glicada. Há alguma escolha na figura que você gostaria de adotar? Você pode sugerir outras alternativas e escrevê-las onde há um ponto de interrogação?



Pessoa usuária: Penso que devo escolher exercício físico.

Fonte: Adaptado de Bodenheimer, MacGregor, Sharifi (809)

O diálogo clínico do Boxe 5 suscita algumas reflexões. O profissional conduz o diálogo de modo a permitir a construção de uma agenda comum. Ao verificar que o nível de confiança é médio (4), sugere à pessoa a pensar criativamente em fazer exercício físico para atingir um nível alto de confiança (8). A resposta da pessoa usuária leva a um plano de ação que envolve a proposição a um amigo sobre a possibilidade de caminharem juntos. Sempre que há níveis de importância e de confiança altos o profissional de saúde deve sugerir um plano de ação a ser realizado, colaborativamente, pelo profissional e a pessoa usuária. Nesse diálogo não se nota, em nenhum momento, uma atitude prescritiva por parte do profissional de saúde.

O GRUPO OPERATIVO (GO)

As origens do GO remontam a uma greve de enfermeiros no Hospital Psiquiátrico de las Mercedes, em Rosário, Argentina. Para superar a falta dos enfermeiros, o Dr. Enrique Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista, organizou grupos em que as pessoas usuárias menos comprometidas apoiavam as mais comprometidas. Observou-se que ambos os subgrupos apresentaram melhoras significativas em seus quadros clínicos. O processo de comunicação estabelecido entre as pessoas portadoras de distúrbios mentais e a ruptura dos papéis estereotipados, o de quem é cuidado para o de quem cuida, mostrou os elementos definidores do processo de melhora dessas pessoas ⁽⁵³⁹⁾.

Contudo, a consolidação da proposta de GO fez-se na Experiência Rosário, realizada em 1958, no Instituto Argentino de Estudios Sociales, também planejada e dirigida por Pichon-Rivière. Nela, empregou-se como estratégia a criação de uma situação de laboratório social; como tática, a grupal; e como técnica, a de grupos de comunicação, discussão e tarefa ⁽⁵³⁹⁾.

A proposta de GO pressupõe operação em grupo. Certo número de pessoas reunidas num mesmo espaço como no cinema, na sala de espera de uma unidade de saúde ou na fila de ônibus, ainda que possam ter objetivos comuns, constituem um agrupamento, mas não conformam um grupo. Para que um conjunto de pessoas constitua um grupo é preciso que ele se vincule e interaja no sentido de alcançar o objetivo comum. Um grupo implica: um sistema em que as partes se interrelacionam; a instituição de uma nova entidade que seja mais que um somatório de pessoas, com normativas e mecanismos próprios e específicos; o grupo é maior que a soma de suas partes; e a existência de uma interação afetiva. Disso, derivam dois princípios organizadores do GO: vínculo e tarefa.

Praticamente, a vinculação constitui um processo motivado que tem direção e sentido, apresenta um porquê e um para quê. O vínculo se constitui quando uns são internalizados pelos outros e são, também, por eles internalizados, ocorrendo uma

mútua representação interna quando se deixa a indiferença e o esquecimento e se começa a falar, a referir, a interessar, a complementar, a irritar, a competir, a discordar, a invejar, a sonhar com o outro e com o grupo. A tarefa é a maneira pela qual cada integrante do GO reage a partir de suas próprias necessidades que constituem o polo norteador da conduta. O processo de compartilhar necessidades em torno de objetivos comuns constitui a tarefa grupal. Nesse processo surgem obstáculos de várias naturezas: pessoais, projetivas e transferenciais, de conceitos e referências e do conhecimento formal ⁽⁶¹⁵⁾.

Segundo Pichon-Rivière, há três tipos de grupos: os grupos centrados nos indivíduos, como alguns grupos de psicoterapia ou de psicanálise; os grupos centrados nos grupos, inspirados nas ideias de Kurt Lewin que considera os grupos como totalidades; e os grupos centrados na tarefa, que não são grupos considerados nas suas totalidades, mas focados em tarefas determinadas ⁽⁶¹⁶⁾.

O GO foi definido como um conjunto de pessoas reunidas por constantes de tempo e de espaço e articuladas por suas mútuas representações internas que se propõem, explícita ou implicitamente, a executar uma tarefa que constitui sua finalidade. A tarefa, o sentido de grupo e a mútua representação interna feita na relação com a tarefa instituem o grupo como grupo ⁽⁶¹⁷⁾.

A técnica de GO consiste em um trabalho com grupos, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações ⁽⁶¹⁸⁾. O GO é um grupo centrado na tarefa (por exemplo, controle de uma doença se for terapêutico ou aquisição de conhecimento se for um grupo de aprendizagem) que preencha as condições de motivação para a tarefa, mobilidade nos papéis a serem desempenhados e disponibilidade para as mudanças que se fazem necessárias ⁽⁶¹⁹⁾.

O GO constitui uma modalidade de processo grupal que deve ser: dinâmico, permitindo-se o fluir da interação e da comunicação para fomentar o pensamento e a criatividade; reflexivo, uma parte da tarefa é a reflexão sobre o próprio processo grupal, particularmente quando se trata de compreender os fatores que obstruem a tarefa; e democrático quanto à tarefa, o grupo origina suas próprias ações e pensamentos, num ambiente de autonomia ⁽⁶²⁰⁾.

Os GOs abrangem quatro campos: ensinoaprendizagem, cuja tarefa essencial é a constituição de um espaço para a reflexão de temas e a discussão de questões, tendo como pano de fundo que o importante é aprender a aprender; institucionais, grupos formados em instituições como escolas, unidades de saúde, organizações

sindicais, organizações militares, empresas e outras para o debate de questões de interesse de seus membros, sendo exemplos os *training groups* e os grupos Balint; comunitários, utilizados em programas voltados para a saúde em que profissionais facilitam grupos para o desenvolvimento de capacidades positivas e integração, como grupos de gestantes, de adolescentes, de lideranças comunitárias e outros; terapêuticos, com o objetivo de promover melhoras nos campos físico e psicológico, englobando o estímulo à autoajuda ⁽⁶²¹⁾. A técnica de GO pode ser utilizada em muitos contextos: familiares, grupos de terceira idade, grupos de trabalho, grupos de pais, grupos teatrais e esportivos, grupos de egressos de sistemas privativos de liberdade, grupos de portadores de drogadição e outros.

A centralidade do conceito de tarefa implica um entendimento de três momentos abrangidos por essa noção: a pré-tarefa, a tarefa e o projeto ⁽⁵³⁹⁾. Esses momentos manifestam-se numa sucessão evolutiva.

Na pré-tarefa estão as técnicas defensivas que estruturam as resistências à mudança e que são mobilizadas pelo incremento das ansiedades de perda e de ataque. O grupo evita a tarefa em função de dois meios fundamentais: o medo da perda do desconhecido (ansiedade depressiva) e o medo do ataque do desconhecido (ansiedade paranóide). Surge, então, uma grande resistência às mudanças e utilizam-se defesas dissociativas para a elaboração dessas ansiedades.

O momento da tarefa consiste na abordagem e elaboração das ansiedades e no surgimento de uma posição depressiva básica. No trânsito da pré-tarefa para a tarefa, o sujeito dá um salto qualitativo em que se personifica e cria uma relação com o outro diferenciado. Nesse momento o grupo foca-se na tarefa e dá início à elaboração e à superação dos medos básicos que constroem a aprendizagem. Quando o grupo aprende a problematizar as dificuldades que emergem no momento da realização de seus objetivos, pode-se dizer que ele entrou em tarefa, pois a elaboração de um projeto comum já é possível e esse grupo pode passar a operar um projeto de mudanças.

O momento do projeto emerge quando se logra o pertencimento do grupo e ele se torna capaz de planejar suas ações futuras.

No grupo operativo, ocorre um processo que leva à diminuição dos medos básicos e constrói-se, como tarefa do grupo, um Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO) comum, que constitui uma condição necessária para a comunicação e a concretização da tarefa ⁽⁶³⁷⁾.

A técnica do grupo operativo pressupõe a tarefa explícita (aprendizagem, diagnóstico ou tratamento), a tarefa implícita (o modo como cada integrante vivencia o grupo) e o enquadre ⁽⁶²³⁾.

Do ponto de vista estrutural um GO está composto por seus integrantes, um coordenador e um observador ⁽⁶²⁴⁾.

Os participantes entram em tarefa por meio de um disparador temático que permite, ao grupo, operar de forma protagônica.

É fundamental que haja regras para o funcionamento do GO e esses limites são dados pelo enquadre que é o conjunto de condições metodológicas que normatizam a atividade grupal. O enquadre engloba os objetivos do grupo, os temas, o local, os horários, os materiais de suporte, a definição do coordenador e do observador e os participantes.

O coordenador deve facilitar o processo procurando criar um clima grupal que estimula a comunicação e o diálogo, valorizar as manifestações livres e espontâneas dos integrantes e auxiliar o grupo a elaborar os obstáculos que surgem na realização da tarefa. Espera-se que o coordenador exercite as funções de educador e de incentivador, de tal forma que o grupo atue construtivamente no processo de aprendizagem e desenvolva, de forma autônoma, a sua potencialidade. A formação de um coordenador de GO é um processo complexo que leva tempo para ser alcançado ⁽⁶¹⁵⁾. A função central do coordenador é garantir a comunicação entre os integrantes do GO, ou seja, criá-la, mantê-la ativa e impedir os bloqueios comunicacionais porque a comunicação é a dimensão fundamental da atividade grupal para alcançar os objetivos de aprendizagem e elaboração ⁽⁶²³⁾.

O observador é um co-pensador que por sua distância do grupo é capaz de desenvolver uma percepção global do processo. Ele deve registrar, graficamente, as comunicações verbais e gestuais dos integrantes do grupo e do coordenador para auxiliá-los na elaboração da crônica devolutiva do trajeto percorrido pelo grupo ⁽⁶¹⁵⁾. O observador não assume uma posição de neutralidade, nem acrítica, ele deve estar sempre comprometido ⁽⁶²³⁾.

Os integrantes devem ser, no máximo, 15 pessoas. Eles devem afiliar-se, ao GO, pela identificação com os objetivos do grupo. Uma temática constitui o disparador do GO e ela deve ser escolhida em função dos interesses e das necessidades dos integrantes. O grupo deve interagir sobre a temática e, nessa interação, colocar seus conteúdos racionais e emocionais de modo a compatibilizar conceitos, integrar diferenças e manifestar fantasias. No GO cada participante comparece com sua história

singular, consciente ou inconsciente, ou seja, com sua verticalidade. Na medida em que se vai dando a gênese do grupo pelo compartilhamento de necessidades em função de objetivos comuns surge a horizontalidade grupal, que não constitui a pura somatória das verticalidades, mas a construção coletiva que resulta da interação de aspectos de suas verticalidades, fazendo emergir uma história própria e inovadora que cria a identidade grupal ⁽⁶¹⁵⁾.

O tempo de duração do GO, a periodicidade dos encontros e o tempo de cada encontro são definidos, com antecedência, pela coordenação, em função das metas a serem alcançadas. Isso faz parte do enquadre do GO. É competência da equipe de coordenação manter esses limites, dissolver polaridades, assegurar as normas do enquadre, interpretar os conflitos, identificar os obstáculos e as resistências e formular hipóteses sobre as dificuldades dos grupos. A coordenação pode interferir nesses sentidos, mas não pode constringer a independência ou mudar o destino do grupo ⁽⁶¹⁵⁾.

É fundamental um monitoramento adequado do GO para que ele atinja seus objetivos. Isso significa manter o enquadre, focar o grupo na tarefa e dissolver as polaridades, procurando manter a comunicação fluida entre os integrantes.

Uma coordenação eficaz permite que surjam elementos aglutinadores das necessidades grupais. O porta-voz é o depositário da ansiedade grupal, por onde fluem as ansiedades e as reivindicações do grupo. O bode expiatório é aquele que assume os aspectos negativos do grupo, nele se depositam os conteúdos latentes como medo, culpa e vergonha. Líder de mudança é aquele que se encarrega de levar adiante as tarefas e que se arrisca diante do novo. Líder de resistência é aquele que puxa o grupo para trás, interrompe avanços, sabota tarefas e remete o grupo à sua etapa inicial. O silencioso é aquele que assume as dificuldades dos demais integrantes para estabelecer a comunicação, fazendo com que o resto do grupo se sinta obrigado a falar ⁽⁶²⁴⁾.

A avaliação dos GOs faz-se por meio dos vetores de análise.

O processo grupal se caracteriza por uma dialética na medida em que é permeado por contradições, sendo que sua tarefa principal é justamente analisar essas contradições. O modelo pichoniano utiliza uma representação para mostrar o movimento de estruturação, desestruturação e reestruturação de um grupo, que é o cone invertido. Esse cone constitui um instrumento que visualiza uma representação gráfica em que estão incluídos seis vetores de análise articulados entre si, que possibilitam verificar os efeitos da mudança e que são pertença, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e telé ⁽⁶¹⁸⁾. A pertença consiste na sensação de sentir-se parte; a co-

operação implica as ações com o outro; a pertinência significa a eficácia com que se realizam as ações; a comunicação é o processo de intercâmbio de informação; a aprendizagem é a apreensão instrumental da realidade, e a telé, palavra de origem grega, é entendida como a disposição positiva ou negativa para interagir com os membros do grupo ⁽⁶²⁵⁾.

No campo da saúde, o GO pode ser formado por portadores de determinada condição de saúde, por portadores de grupos de condições de saúde assemelhadas, por idade, por gênero e outros critérios. Os benefícios da utilização do GO são vários: redução dos atendimentos individuais face-a-face, participação ativa das pessoas no processo de mudança, maior envolvimento dos profissionais com as pessoas usuárias e estímulo à autonomia das pessoas na produção da saúde. Além disso, verificou-se melhora no acolhimento, fortalecimento dos elos entre as pessoas usuárias e profissionais de saúde, incremento da solidariedade, melhora nos processos de informação, melhora na apropriação dos problemas, maior consciência de direitos e deveres, melhora na capacidade de verbalização e maior integração no grupo ⁽⁶²²⁾.

Os GOs têm sido aplicados no campo da saúde no Brasil, alguns deles na ESF e no cuidado das condições crônicas ^(530, 622, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636). Contudo, há que se advertir que, em algumas experiências de grupos operativos, há uma tendência a utilizá-los de forma inadequada, sem obedecer aos referenciais teóricos e operacionais da proposta pichoniana, com forte conteúdo de transmissão de informações e como instrumento racionalizador do trabalho, para reduzir a demanda por atendimentos médicos e de enfermagem ⁽⁶³⁷⁾.

O Boxe 6 relata uma experiência de aplicação dos GOs para a mudança de comportamentos pela Federação das UNIMEDs de Minas Gerais.

Boxe 6: O Grupo Operativo na Federação das UNIMEDs de Minas Gerais

Os GOs são denominados de "Em busca da saúde integral" e têm como tarefa principal a mudança de hábitos de vida para a melhoria da qualidade de vida e redução do risco de adoecimento.

O GO é constituído por até vinte integrantes, possibilitando que todos possam participar ativamente. São realizados cinco encontros de duas horas de duração, com temas relacionados à saúde e à qualidade de vida. O GO é dirigido às pessoas que estão sob monitoramento nos programas de promoção da saúde e de gerenciamento de condições crônicas, nas fases de preparação, ação e manutenção, independentemente de diagnóstico e fator de risco. Dessa forma, os GOs não são recortados por condições de saúde, mas por pessoas que buscam mudanças de comportamento.

O GO exige: disponibilidade de espaço físico com cadeiras móveis que possam ser dispostas em rodas; a manutenção, sempre que possível, dos mesmos integrantes, durante os cinco encontros; definição dos integrantes a partir dos estágios de mudança do MTT: contemplação, preparação e ação; definição de contrato de trabalho para os encontros com horários preestabelecidos de início e término, periodicidade semanal, compromisso de assiduidade com exclusão de integrantes que faltarem a mais de três encontros; oferta de lanches saudáveis elaborados por nutricionistas objetivando sinalizar para a mudança de hábitos alimentares; definição da dupla de coordenador e observador que deve ser fixa para cada GO; preparação de lista de presença e questionário de avaliação dos encontros; e colocação do GO na agenda dos profissionais de saúde envolvidos.

Os temas abordados no GO são:

1º encontro: Mudança de hábitos de vida

O objetivo geral é favorecer a autorreflexão sobre os hábitos de vida em todas as dimensões biopsicossociais. Isso implica atingir os seguintes objetivos específicos: construir coletivamente o conceito de vida saudável; constatar e trabalhar a ambivalência; identificar o processo de mudança para melhoria da saúde na sua integralidade e multidimensionalidade de determinantes de adoecimento; e sugerir a elaboração de uma análise quanto ao momento da vida profissional correlacionada à multidimensionalidade de determinantes de adoecimento.

Os tópicos a serem discutidos em tarefa são: importância da mudança de hábitos na vida; o que é preciso mudar; por que mudar; quando é o momento; comprometimento individual para a mudança; e passos para a mudança.

2º encontro: Abordagem sobre o que é estilo de vida

O objetivo geral é possibilitar a identificação de fatores sociais e culturais que influenciam o estilo de vida dos integrantes do GO. Isso implica atingir os seguintes objetivos específicos: promover a reflexão sobre a importância da reformulação dos hábitos atuais de vida nocivos à saúde como alimentação inadequada, sedentarismo e estresse; orientar e construir uma pirâmide alimentar; reconhecer a importância da variedade, moderação e reformulação das práticas alimentares prejudiciais à saúde; e estimular as práticas de relaxamento ou alternativas que beneficiem a saúde física, mental e social.

Os tópicos a serem discutidos em tarefa são: alimentação saudável, qualidade do sono e estresse.

Boxe 6: O Grupo Operativo na Federação das UNIMEDs de Minas Gerais

3º encontro: Integralidade e multidimensionalidade da saúde

O objetivo geral é abordar o conceito de saúde na sua integralidade e multidimensionalidade. Isso implica atingir os seguintes objetivos específicos: promover a elaboração do conceito de saúde na sua integralidade e multidimensionalidade; apresentar os tipos de dimensões de saúde; estimular a autoanálise dos integrantes em relação aos seus hábitos de vida; apresentar os níveis da integralidade e multidimensionalidade dos determinantes da saúde; e promover o entendimento da integralidade do indivíduo e suas escolhas.

O tópico a ser discutido em tarefa é a representação ideal da integralidade e multidimensionalidade na saúde.

4º encontro: Autocuidado e autonomia

O objetivo geral é estimular o amadurecimento dos conceitos de autocuidado, autoestima, autonomia e corresponsabilização pelos cuidados com a saúde. Isso implica atingir os seguintes objetivos específicos: promover a elaboração de ações que atendam às necessidades dos integrantes, visando ao bem estar, à saúde e à qualidade de vida; capacitar os integrantes para a identificação de suas necessidades e para as ações a serem desenvolvidas no cuidado com a saúde; e estimular o cumprimento das ações concretas para o exercício da corresponsabilidade e do autocuidado.

Os tópicos a serem discutidos em tarefa são: corresponsabilidade no autocuidado; autoestima; adesão aos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos; e autonomia e suas duas condições essenciais, a liberdade (independência do controle de influências) e ação (capacidade de ação intencional).

5º encontro: Plano de vida

O objetivo geral é relacionar os elementos-chave na proposta de construção de um plano de vida, apresentando os conceitos de plano e projeto de vida. Isso implica atingir os seguintes objetivos específicos: fazer reflexões sobre plano e projeto de vida; estimular a análise das qualidades pessoais dos participantes a partir de suas próprias histórias; relacionar os elementos-chave da proposta de construção de um plano de vida; possibilitar a identificação de pontos de partida para a etapa de ação do plano de vida; e possibilitar a elaboração de elementos envolvidos na construção de um plano de vida coletivo (família, rede social e comunidade).

Os tópicos a serem discutidos em tarefa são: definição conceitual de plano e projeto de vida; elaboração e/ou análise de planilhas de mudança de hábitos de vida; e avaliação dos encontros.

Fonte: Dias, Nonato & Chaves ⁽⁵³⁰⁾

O PROCESSO DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

As mudanças comportamentais em saúde, especialmente aquelas que se fazem por meio do estabelecimento de contratos de metas entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias, não se dão automaticamente. As pessoas e suas famílias são colocadas, durante o processo de mudança, diante de problemas que se manifestam, muitas vezes, na forma de obstáculos físicos, emocionais e econômicos ⁽⁶³⁸⁾.

O processo de solução de problemas constitui uma das principais habilidades que as pessoas devem adquirir para conviver bem com uma condição crônica porque, afinal, ela vive, por um tempo significativo ou definitivamente, com essa condição de saúde. A pessoa deve estar preparada para solucionar os problemas que surgem cotidianamente em sua vida em função de uma condição crônica ⁽⁶⁾.

Por exemplo, se uma pessoa faz um plano de ação que implica participar de um GO por cinco sessões, mas se ela não dispõe de um sistema de transporte adequado, esse plano pode ser irreal e, provavelmente, não vai dar certo. Em função disso, o trabalho colaborativo entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias envolve identificar obstáculos à execução dos planos de ação para adotar estratégias de superação. Esse processo é denominado de solução de problemas e é fundamental que seja incorporado à rotina de trabalho das equipes de saúde, especialmente da ESF.

O processo de solução de problemas consiste, basicamente, em identificar um problema e definir uma estratégia para superá-lo. Esse processo envolve alguns passos:

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

O primeiro e mais importante passo no processo de solução de problemas é a identificação do problema. É, também, o passo mais difícil.

A identificação do problema consiste na formulação de uma exata e específica definição do problema. Esse passo é crucial para o sucesso do processo de solução de problema porque a precisão na definição do problema está ligada à precisão da formulação de alternativas potenciais para a solução do problema ⁽⁶³⁸⁾.

A interpretação do problema costuma ser complexa. Às vezes uma pessoa identifica que o seu problema está na escada de sua casa que tem de subir algumas vezes no dia, mas um aprofundamento desse passo, com a ajuda da equipe de saúde, pode mostrar que o problema real está no medo de uma queda e, não somente, na escada em si ⁽⁶⁾.

Algumas questões facilitam a identificação do problema: Qual é o problema? O que está acontecendo? Onde está acontecendo? Quando está acontecendo? Por que está acontecendo? pode dar exemplos recentes de como o problema se manifestou?

Por exemplo, uma pessoa pode assumir participar de um GO, mas tem dificuldades no transporte até a unidade da ESF.

É fundamental as pessoas identificarem o problema na perspectiva pessoal e social, o que pode ser facilitado se há uma relação colaborativa entre as pessoas e a equipe de saúde ⁽⁶³⁹⁾.

O principal problema nesse passo reside numa identificação vaga e genérica. Nesse caso, deve-se pedir exemplos concretos de manifestação do problema. Outra questão importante, a ser evitada, reside em identificar um problema em que a pessoa participante não tem controle direto sobre ele ⁽⁶³⁸⁾.

CONSTRUÇÃO DE ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO DO PROBLEMA

Definido o problema, é tempo de buscar soluções para ele.

Há um elemento crucial nesse passo que é o reconhecimento de que a pessoa usuária tem consciência de sua situação e constitui o principal recurso para a solução do problema.

Nesse passo, não se deve partir da escolha de uma única alternativa. É aconselhável preparar, sem censura, uma lista de possíveis soluções. Para isso, a equipe de saúde deve construir, conjuntamente com a pessoa usuária, uma relação de alternativas de solução do problema, utilizando-se a técnica de tempestade de ideias (*brainstorming*). A essência da tempestade de ideias é gerar uma lista de todas as soluções possíveis para o problema, sem avaliá-las naquele momento.

A pessoa usuária pode consultar outras pessoas para a construção de alternativas: familiares, amigos e/ou organizações sociais.

Na construção de alternativas, a pessoa deve ser capaz de descrever precisamente o problema. Por exemplo, há uma grande diferença entre dizer que não pode andar porque tem uma dor no pé ou porque o pé apresenta dor porque o sapato não está adequado ⁽⁶⁾.

Na identificação do problema, algumas dicas são importantes. A pessoa deve ser estimulada a considerar como conseguiu resolver problemas passados e a perguntar-se se a solução antes utilizada pode ser aplicada ao problema presente. Se o problema é muito complexo, sugere-se dividi-lo em partes para que possa ser enfrentado mais facilmente.

As opções para o problema do transporte, anteriormente mencionada, poderiam ser: pegar uma carona com o vizinho ou com outro participante do GO ou utilizar o transporte público após deixar as crianças na escola.

SELEÇÃO DE UMA ALTERNATIVA

A pessoa usuária deve ser encorajada a selecionar uma das alternativas e a aplicá-la. Para a escolha da alternativa algumas questões podem ajudar: A alternativa escolhida poderá realmente solucionar o problema? Quais são as consequências positivas e negativas da alternativa escolhida? Há um desejo real de adotar a alternativa escolhida? Existem os recursos para sua implementação? Que novos problemas a alternativa escolhida poderá gerar? Esses novos problemas poderão ser manejados devidamente?

Se a alternativa escolhida é nova, há que se ter em mente que ela será usualmente difícil de ser aplicada. De qualquer forma, deve-se aplicá-la com vontade antes de concluir que ela não funciona.

AVALIAÇÃO DA SOLUÇÃO

A alternativa aplicada para a solução do problema deve ser avaliada. Se resolver o problema, está bem. Se não, há que se escolher outra alternativa para ser testada. Nesse passo, é interessante aumentar a relação de possíveis alternativas para o que a pessoa usuária deverá consultar, mais amplamente, além da equipe de saúde, familiares, amigos e pessoas de confiança e/ou organizações sociais sobre como resolver o problema.

Se aplicada a alternativa de solução, o problema não foi resolvido, há que se definir outra alternativa e aplicá-la.

Nenhuma alternativa é perfeita e, no longo prazo, poderá gerar novos problemas. Isso não significa que tudo deu errado, mas, apenas, que se deve estar preparado para o surgimento de novos problemas que demandarão novas soluções.

Algumas vezes, o problema não tem como ser resolvido no momento, mas poderá sê-lo no futuro. Então, a pessoa deverá ser estimulada pela equipe de saúde a buscar outra meta de melhoria de sua saúde. O importante é que a pessoa tenha sucesso no atingimento de uma meta que possa alcançar.

As pessoas não devem se sentir frustradas ao não conseguir resolver totalmente um problema. Quem nunca teve uma experiência não bem-sucedida? Isso faz parte da vida. A solução de problemas é um talento humano natural que é exercitado cotidianamente na vida das pessoas.

No Boxe 7 descreve-se um processo de solução de problema numa unidade da ESF.

Boxe 7: O processo de solução do problema do Sr. João da Silva

João da Silva é um homem de 35 anos e está afiliado a uma equipe da ESF. Ele apresenta sobrepeso, colesterol elevado e hipertensão arterial.

Ele manifesta interesse em mudar sua alimentação para perder peso, mas tem problemas em relação ao almoço. Durante a semana ele planeja comer num restaurante que oferta muitas saladas diferentes, situado a quatro quadras de seu trabalho, mas acaba cedendo à pressão de seus colegas que preferem comer sanduíches na lanchonete situada dentro da empresa em que trabalha.

Ele começou tentando identificar o problema e verificou que comer sanduíche é uma situação de conveniência porque não necessita sair de seu local de trabalho. Em seguida, preparou uma lista de soluções possíveis. A primeira, levar o almoço preparado em casa, mas não gostava de cozinhar, nem tinha tempo para isso. Optou, então, por outra alternativa, adquirir almoço num restaurante próximo de sua casa, mas logo enjoou do tempero e voltou a frequentar, com os amigos, a lanchonete. Não conseguia perder peso e se sentia frustrado.

Numa consulta de rotina com seu médico de família foi orientado a voltar ao passo da identificação do problema porque talvez não tivesse feito um diagnóstico adequado. Ficou claro, então, que preferia o sanduíche na lanchonete para estar com o grupo de amigos. Ele disse: "Eu vivo só, não quero almoçar sozinho". O médico sugeriu uma consulta com o nutricionista da equipe da ESF.

O nutricionista lhe mostrou os problemas de comer, diariamente, sanduíches gordurosos e calóricos e lhe explicou as vantagens de uma dieta balanceada. Em seguida, colaborativamente, elaboraram um plano de ação de comer refeições balanceadas três vezes por semana no restaurante e ir à lanchonete apenas dois dias. Ele levou o plano aos seus colegas que aceitaram compartilhar com ele esse processo de mudança alimentar. Como o restaurante ficava a quatro quadras da empresa, o grupo faz uma caminhada diária de oito quadras. Após dois meses ele começou a perder peso e estava animado com sua mudança.

Fonte: Adaptado de New Health Partnerships ⁽⁶³⁸⁾.

CAPÍTULO 7 – OS NÍVEIS 3, 4 E 5 DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS. AS MUDANÇAS NA CLÍNICA E NA GESTÃO DA ESF

O ESPAÇO DA CLÍNICA DA APS E SUA CRISE

No capítulo anterior, o MACC foi considerado no seu primeiro nível de promoção da saúde com intervenções sobre os determinantes sociais da saúde intermediários e no seu segundo nível de prevenção das condições de saúde com intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais. Até então, não havia a presença de um fator de risco biopsicológico individual ou de uma condição de saúde estabelecida.

Nesse capítulo, são considerados os terceiro, quarto e quinto níveis do MACC, correspondentes a manifestações sobre os determinantes sociais da saúde individuais biopsicológicos e sobre as condições crônicas estabelecidas como gravidez, senilidade, diabetes, doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares, distúrbios mentais, HIV/Aids e outras tantas. Portanto, nesse capítulo, adentra-se o espaço da clínica, no seu senso estrito.

A hegemonia dos sistemas fragmentados, além de ter determinado uma crise no macroespaço dos sistemas de saúde, já analisada no Capítulo 1, determinou, também, uma grave crise no microespaço da clínica.

Há uma crise instalada nas microrrelações clínicas entre a equipe de saúde, especialmente o médico, e as pessoas usuárias, que transparece em todos os níveis dos sistemas de atenção à saúde, mas com especial relevância nos cuidados primários à saúde. A maioria dos estudos que se relatam, em seguida, foi realizada em consultas de médicos de APS.

Nos Estados Unidos, 62% a 65% dos portadores de hipertensão arterial, de colesterol elevado e de diabetes não mantêm essas condições de saúde sob controle ^(640, 641, 642). Em boa parte, esses resultados desfavoráveis se devem a um modelo de atenção à saúde concentrado excessivamente na atenção uniprofissional, propiciada pelos médicos, por meio de consultas rápidas. Essas consultas foram denominadas de consultas de 15 minutos ⁽¹⁸⁸⁾, vez que estudos demonstraram que, nos Estados Unidos, a duração média de uma consulta médica de adultos é de 16,2 minutos e a

de crianças é de 14,2 minutos ^(643, 644, 645). Na Inglaterra, o tempo médio da consulta médica é de 8 minutos ⁽⁶⁴⁶⁾.

Há uma inconsistência estrutural entre o tempo curto da consulta médica e o incremento das tarefas da atenção à saúde. Por exemplo, hoje em dia, a atenção ao diabetes é muito mais complexa e consumidora de tempo que há uma década ⁽¹⁷¹⁾. Além disso, estudos avaliativos mostraram que há dificuldades das pessoas usuárias em captar as informações em consultas de menos de 18 minutos ^(647, 648); que as consultas necessitam de um tempo mínimo de 20 minutos para envolver as pessoas usuárias efetivamente nas decisões clínicas ⁽⁶⁴⁹⁾; e que a duração das consultas é um preditor forte da participação das pessoas usuárias nas decisões clínicas referentes à sua saúde ⁽⁶⁵⁰⁾.

Há evidências de que esse modelo de atenção centrado na atenção uniprofissional, prestada pelo médico, em tempo curto, é fonte de muitos problemas, por várias razões. Estimou-se que um médico de APS gastaria 7,4 horas por dia de trabalho para prover todos os serviços preventivos recomendados para um painel de 2.500 pessoas ⁽⁶⁵¹⁾ e mais 10,6 horas diárias adicionais para prestar uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas desse painel ⁽⁶⁵²⁾. Somente para elaborar um bom plano de cuidado um médico gastaria, em média, 6,9 minutos ⁽⁶⁵³⁾. Além disso, há o que os criadores do CCM denominaram de "tirania do urgente" em que a atenção aos eventos agudos sobrepõe-se ao cuidado das condições crônicas programadas em agendas sobrecarregadas ⁽⁶⁵⁴⁾. Os médicos de família devem cuidar, em cada consulta, de 3,05 problemas em média; mas isso varia de 3,88 problemas nas pessoas idosas a 4,6 problemas nos portadores de diabetes ⁽⁶⁵⁵⁾. Como resultado disso tudo, menos de 50% dos cuidados baseados em evidência são realmente prestados ⁽⁶⁵⁶⁾; 42% dos médicos de APS manifestam que não têm tempo suficiente para atender bem às pessoas ⁽⁶⁵⁷⁾; os médicos devotam apenas 1,3 minutos em orientações a pessoas portadoras de diabetes, utilizando uma linguagem técnica imprópria para atividades educativas, quando necessitariam de 9 minutos para essas atividades ⁽⁶⁵⁸⁾; três em cada quatro médicos falham em orientar as pessoas em relação à prescrição de medicamentos, o que implica uma não adesão ^(659, 660); e a atenção médica em consulta curta determina baixa satisfação das pessoas e relações empobrecidas entre os médicos e as pessoas usuárias ⁽⁶⁶¹⁾.

Além disso, outros estudos refletem o que tem sido denominado de regra dos 50% da relação médico-pessoa usuária nas consultas médicas. Num estudo, 50% das pessoas usuárias deixaram a consulta sem compreender o que o médico lhes disse ⁽⁶⁶²⁾; num outro estudo, em torno de 50% das pessoas usuárias solicitadas pelos médicos a manifestar o que entenderam de suas orientações, mostraram uma compreensão equivocada ⁽⁶⁶³⁾; e um terceiro estudo mostrou que 50% das pessoas

usuárias atendidas nas consultas médicas não foram capazes de entender as prescrições de medicamentos realizadas ⁽⁶⁶⁴⁾.

As evidências demonstram, de forma inquestionável, a falência de uma das principais instituições sustentadoras dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, a consulta médica de curta duração.

Por tudo isso, o manejo dos fatores de riscos biopsicológicos individuais e das condições crônicas estabelecidas convoca, na ESF, uma clínica que se estrutura com diferenciais significativos em relação à clínica hegemônica que foi construída, historicamente, para dar conta das condições agudas e das agudizações de condições crônicas. A emergência das condições crônicas exigiu mudanças significativas na atenção à saúde que redundaram em alguns movimentos fundamentais que se manifestaram, de forma especialmente significativa, no campo dos cuidados primários à saúde. Esses movimentos, imprescindíveis à construção de uma resposta social adequada às condições crônicas, em seu conjunto, são muito profundos. De outra forma, a clínica para as condições crônicas traz elementos essenciais de diversos modelos de atenção à saúde que se fundiram para a geração do MACC, principalmente o MPR e o CCM. Num, incorpora-se a questão fundamental do manejo das condições crônicas por estratos de riscos; noutro, integram-se os seus elementos essenciais, a organização da atenção à saúde, o desenho do sistema de prestação de serviços, o suporte às decisões, o sistema de informação clínica, o autocuidado apoiado e as relações com a comunidade.

A clínica da ESF, para dar conta dos fatores de risco biopsicológicos e das condições crônicas estabelecidas, poderia se aproximar de uma nova clínica que incorpora um conjunto de mudanças na atenção à saúde que é analisado nesse capítulo.

Concomitantemente às transformações na atenção à saúde, vai se dar uma mudança substancial na gestão da ESF que abarca, além da gestão das pessoas e dos recursos materiais e financeiros, processos de microgestão localizados na intimidade das relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, o campo da gestão da clínica. Aqui, também, pode-se falar numa nova forma de gestão da saúde que não substitui a gestão dos meios, mas a completa, a gestão da clínica. O MACC traz, para dentro de si, na ESF, as tecnologias das diretrizes clínicas, da gestão de condições de saúde e da gestão de caso. Essas tecnologias são tratadas, também, nesse capítulo.

AS INTERVENÇÕES SOBRE OS FATORES DE RISCOS INDIVIDUAIS BIOPSIOLÓGICOS

No nível 3 do MACC vão se dar as intervenções sobre os fatores de risco individuais biopsicológicos e sobre as condições crônicas de menor complexidade, segundo o MPR.

Os principais fatores de riscos individuais biopsicológicos são: idade; sexo; fatores hereditários; fatores biológicos como hipertensão arterial, dislipidemias, alterações glicêmicas pré-diabéticas, lesões pré-clínicas e respostas imunológicas; e fatores psicológicos como depressão.

Sobre esses fatores estruturam-se processos de duas naturezas básicas: a vigilância dos fatores de riscos individuais biopsicológicos e as intervenções preventivas como vacinações, rastreamento de doenças, exames periódicos de saúde e intervenções de controle da hipertensão arterial, das dislipidemias, do pré-diabetes, da depressão e do seguimento das pessoas por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura).

Há estudos que demonstram que a demanda por prevenção primária e secundária domina as preocupações das pessoas em busca de atenção. Um estudo feito na Holanda, analisando mais de 500 mil consultas com médicos de família, verificou que o primeiro motivo para se procurar o sistema de atenção à saúde foi avaliação médica e o primeiro diagnóstico registrado pelos médicos foi de prevenção. Outro estudo, feito na Austrália, mostrou resultados semelhantes.

É preciso ter claro que no campo da prevenção, no que diz respeito a certas tecnologias como rastreamento de doenças e exames periódicos de saúde, deve-se atuar com cautela.

Há tempo, Illich chamava atenção para os perigos da iatrogênese clínica ⁽⁶⁶⁵⁾. Dois livros recentes, publicados nos Estados Unidos, um de Gilbert Welch, chamado de "*Overdiagnosed*" ⁽⁶⁶⁶⁾, e, outro, de Shannon Brownlee, denominado de "*Overtreated*" ⁽⁶⁶⁷⁾, são leituras indispensáveis para quem se interessa por uma atenção à saúde ética, eficiente e de qualidade. O *overdiagnosis* é discutido além do conceito de diagnóstico excessivo e diz respeito a diagnósticos de condições de saúde realizados, mas que nunca causarão sintomas sérios ou mortes às pessoas no decorrer de suas vidas. O *overdiagnosis*, ainda que tenha um valor *per si*, é, também, um dos fatores determinantes do *overtreatment* que, como resultado de intervenções médicas desnecessárias, pode tornar as pessoas mais doentes e mais pobres. Essa contradição está expressa no próprio título do livro, em que se mostra que os Estados Unidos gastam com intervenções médicas desnecessárias

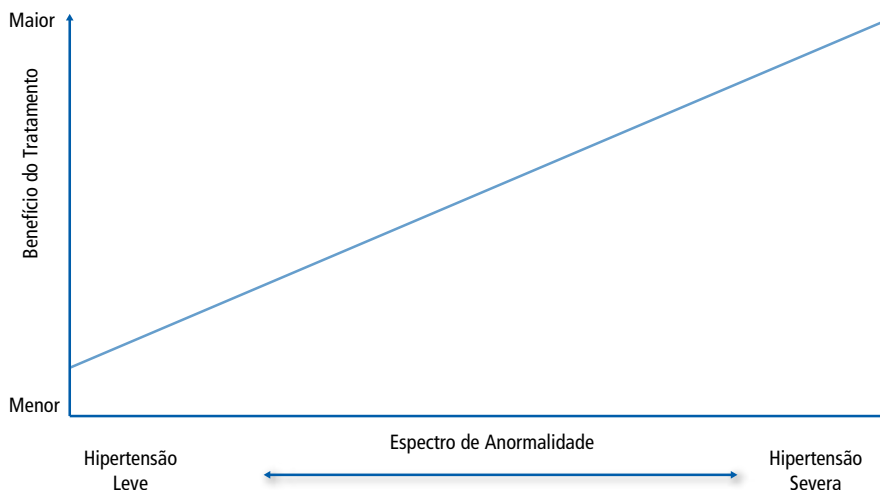
30% a 50% do gasto total em saúde, o que significa entre 500 a 700 bilhões de dólares por ano e que esses procedimentos desnecessários são responsáveis por 30 mil mortes anuais ⁽⁶⁶⁷⁾.

O exemplo das tomografias computadorizadas é emblemático. Trata-se de um recurso diagnóstico que representou enorme avanço na medicina contemporânea. Mas há exageros em seu uso. Nos Estados Unidos fizeram-se, em 2000, aproximadamente 40 milhões de tomografias computadorizadas; em 2005 mais de 76 milhões; e, em 2010, mais de 100 milhões, o que deu uma média de um exame para cada três americanos nesse ano. Parte significativa dessas tomografias é injustificável e levou a mais procedimentos e submeteu as pessoas a radiações desnecessárias ⁽⁶⁶⁷⁾.

Entre as causas do *overdiagnosis* e do *overtreatment* são mencionadas o pouco domínio das evidências na prática cotidiana e a medicina defensiva, mas o fator mais significativo é o sistema de pagamento por procedimentos que incentiva fazer mais serviços de maior custo, mas não os serviços mais necessários. Recentemente, no campo da prevenção, especialmente secundária, vem se manifestando, inequivocamente, uma tendência de sua mercantilização, com a penetração da lógica de produção, distribuição e consumo de serviços nesse campo ^(666, 667, 668, 669, 670, 671).

As relações entre *overdiagnosis* e *overtreatment* são representadas no Gráfico 8.

Gráfico 8: Relações entre o espectro de anormalidade e os benefícios do tratamento na hipertensão arterial



Fonte: Adaptado de Welch, Schwartz, Woloshin ⁽⁶⁶⁶⁾

O Gráfico 8 é construído com base em dois princípios advindos de evidências científicas. O primeiro que as pessoas portadoras de anormalidades leves têm menores probabilidades de apresentarem problemas sérios que aquelas portadoras de anormalidades severas; o segundo que as pessoas portadoras de anormalidades leves beneficiam-se menos do tratamento do que aquelas com anormalidades severas. A partir de ensaios clínicos randomizados, verificou-se que as probabilidades das pessoas se beneficiarem do tratamento medicamentoso da hipertensão foram de: hipertensão arterial muito leve: 6%; hipertensão arterial leve: 9%; hipertensão arterial moderada: 26%; hipertensão arterial severa: 72% ⁽⁶⁶⁶⁾.

Ainda que o Gráfico 8 represente a hipertensão arterial, ele se aplica a outras condições crônicas como diabetes, hiperlipidemia, osteoporose e outras ⁽⁶⁶⁶⁾.

Os excessos do preventivismo, na prática clínica, explicam-se por algumas razões principais: a busca da perfeição impossível, a medicalização da vida, o aparecimento e desenvolvimento do conceito de fator de risco, a crença no risco zero, a imposição de uma saúde obrigatória, os interesses econômicos e os danos inevitáveis produzidos pelas atividades preventivas ^(669, 670). Do ponto de vista econômico, esses excessos derivam da possibilidade das organizações de saúde, em função da assimetria de informações entre profissionais de saúde e pessoas usuárias, induzirem demanda pelo aumento da oferta ^(233, 666).

Tomando-se o rastreamento de condições de saúde, ações aparentemente benéficas podem determinar problemas iatrogênicos. Por exemplo, há muitas discussões sobre a oportunidade do rastreamento do câncer de próstata utilizando o antígeno prostático específico (PSA) e a biópsia ⁽⁶⁶⁶⁾. Para alguns, esse rastreamento é um campo fértil de *overdiagnosis*. Um ilustre oncoepidemiologista americano mostrou que, no seu hospital, cada mil rastreamentos de câncer de próstata por meio do PSA geravam receitas financeiras de 4,9 milhões de dólares em intervenções médicas, como biópsias, testes, cirurgias e outras ⁽⁶⁷²⁾.

As opiniões contraditórias sobre rastreamento levou um grupo de pesquisadores a afirmar que todas essas intervenções são danosas, ainda que algumas delas sejam benéficas ⁽⁶⁶⁹⁾. Em função disso, há que se utilizarem as intervenções preventivas com base em evidências científicas que comprovem que elas fazem mais bem que mal ⁽⁶⁷³⁾. É que fez o *Canadian Task Force* ao definir uma relação de intervenções de rastreamento em relação às quais existem evidências de que são comprovadamente benéficas para a população.

As intervenções preventivas indicam-se quando o benefício no futuro supera as possibilidades de um prejuízo no presente. Um caso emblemático de ação preventi-

va que causou danos foi a indicação por pediatras para que as crianças dormissem de bruços, o que levou a muitos casos de morte súbita ⁽⁶⁷⁴⁾. Outras intervenções preventivas têm sido constestadas como a reposição hormonal na menopausa e a profilaxia da endocardite ⁽⁶⁷⁵⁾.

Outro campo que deve ser abordado com prudência, na prevenção secundária, é o dos exames periódicos de saúde. Há quem afirme que eles agregam poucos benefícios para a saúde das pessoas e levam a intervenções diagnósticas e terapêuticas desnecessárias que têm alto impacto nos custos da atenção à saúde ^(676, 677). Os exames de imagem, para uso na prevenção secundária, também merecem uma utilização rigorosamente baseada em evidências científicas que demonstrem que farão mais bem que mal às pessoas, já que os perigos da radiação devem ser bem analisados ^(678, 679).

Em função dos excessos cometidos no campo da medicina, foi proposto o conceito de prevenção quaternária, adotado pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), que significa as ações tomadas para identificar pessoas e populações em risco de medicalização excessiva, para protegê-las de intervenções médicas invasivas e para prover a elas serviços que sejam científica e medicamente aceitáveis ⁽⁶⁸⁰⁾. A prevenção quaternária destina-se a proteger as pessoas usuárias em relação ao excesso de intervenções de rastreamento, à medicalização dos fatores de risco, à solicitação de exames complementares em demasia, ao excesso de diagnósticos, às medicalizações desnecessárias de eventos vitais e adoecimento autolimitados, às solicitações de exames e tratamentos pedidos pelas pessoas usuárias e à medicina defensiva ^(675, 680).

UMA NOVA CLÍNICA NA ESF: AS MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE

A utilização do MACC implica assumir que se devem promover mudanças profundas na forma como se presta a atenção à saúde. Essas mudanças são necessárias porque, como advertiu Donald Berwick, uma das maiores lideranças mundiais na qualidade em saúde: "*Não podemos praticar a clínica do século XIX no mundo do século XXI. É preciso mudar*" ⁽⁶⁸¹⁾.

O fracasso dos sistemas de atenção à saúde fragmentados, no plano micro, determinou a falência da principal instituição que o sustentou, a consulta médica de curta duração. Por isso, para se ter sucesso no manejo das condições crônicas, há que se estabelecerem modificações radicais na forma que se dão os encontros clínicos entre equipes e profissionais de saúde. Não seria demais afirmar que uma atenção adequada às condições crônicas poderia instituir uma nova clínica na ESF.

Essas mudanças na atenção à saúde são muito significativas e profundas e estão integradas no MACC, especialmente porque devem requalificar, no plano horizontal, as interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas e pessoas usuárias ativas e informadas que são imprescindíveis para a obtenção de resultados clínicos e funcionais para a população, tal como se propõe no CCM.

É o que se vê na Figura 16 e que reproduz a parte inferior do CCM, representada na Figura 7 que representa o CCM.

Figura 16: A atenção à saúde segundo o Modelo de Atenção Crônica (CCM)



Fonte: Wagner ⁽³⁾

As interações produtivas entre as pessoas usuárias e a equipe de saúde diferenciam-se das interações correntes, estabelecidas na atenção às condições crônicas nos sistemas fragmentados, que tendem a ser frustrantes para ambos os lados que se relacionam na atenção à saúde. Para que as relações produtivas se instituem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias, alguns processos de mudanças devem ser implementados no âmbito dessas relações que implicam transformações profundas na atenção às condições crônicas.

As mudanças na atenção à saúde na ESF devem se dar em nove dimensões principais: da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família; o fortalecimento do autocuidado apoiado; o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada; da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional; a introdução de novas formas de atenção profissional; o estabelecimento de novas formas de relação entre a ESF e a atenção ambulatorial especializada; o equilíbrio entre a atenção presencial e a atenção não presencial; e o equilíbrio entre a atenção profissional e a atenção por leigos.

DA ATENÇÃO PRESCRITIVA E CENTRADA NA DOENÇA PARA A ATENÇÃO COLABORATIVA E CENTRADA NA PESSOA

A primeira mudança na atenção à saúde, exigida pelo MACC na ESF, é da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa.

Para que as relações produtivas se consolidem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias deve ser superada a atenção prescritiva e centrada na doença e implantada uma nova forma de relação que se denomina de atenção colaborativa das condições crônicas ⁽²⁾ ou de atenção centrada na pessoa ⁽⁶⁸²⁾.

Essa mudança essencial dos sistemas de atenção à saúde tem sido considerada nos países desenvolvidos. Por exemplo, a recente reforma do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido estrutura-se na atenção centrada na pessoa, sob o lema: "*Nenhuma decisão sobre mim, sem a minha participação*" ⁽⁶⁸³⁾.

A ATENÇÃO ÀS DOENÇAS E ÀS ENFERMIDADES

Um dos fundamentos da atenção centrada na pessoa e na família está na diferença das necessidades individuais em termos de condições de saúde que, na língua inglesa, dá-se entre os termos *disease* e *illness*. Doença (*disease*) é uma condição do organismo ou parte de parte dele, que promove distúrbio nas suas funções. A doença é um construto teórico que permite oferecer os benefícios e os riscos da medicina científica ⁽⁶⁸⁴⁾. *Illness* é uma condição de se estar sentindo mal ou sofrendo difusamente. Essa palavra tem sido traduzida para o português como enfermidade para expressar ideias, expectativas, sentimentos e efeitos nas funções ⁽⁶⁸⁵⁾. Há várias denominações para *illness*: sintomas medicamente não explicáveis ⁽⁶⁷³⁾, transtorno somatoforme, sofrimento difuso ⁽⁶⁸⁶⁾, histeria, síndrome da não doença ⁽⁶⁸⁷⁾ ou comportamento anormal da doença ⁽⁶⁸⁸⁾. Até mesmo, formas preconceituosas de referir-se às pessoas portadoras de *illnesses* como poliqueixosas e ptiáticas.

Algumas pessoas têm uma doença, mas não estão se sentindo mal (enfermidade), como no caso de um diabetes não diagnosticado. Por outro lado, muitas pessoas sentem-se mal (enfermidade), mas não se encontra nenhuma causa para explicar seus sintomas.

As enfermidades apresentam duas formas de manifestação: os sintomas físicos medicamente não explicáveis e a hipocondria ou ansiedade excessiva em relação a uma doença ⁽⁶⁷³⁾. Na origem, as somatizações estiveram relacionadas ao conceito da conversão da psicanálise que é a manifestação no corpo de um conflito psicológico não elaborado ⁽⁶⁸⁹⁾. Contudo, as ideias de somatização ou de transtorno somatoforme

têm passado por uma releitura em que se deseja significá-los como uma abordagem das enfermidades e das doenças, numa perspectiva mais ampla e integradora. Em relação à histeria, assim como as neuroses, elas foram eliminadas da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), bem como do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana, provavelmente porque numa medicina em que o corpo é medicalizado, não há lugar para a subjetividade. Mais complicado é quando, na histeria, o corpo se manifesta, muitas vezes, sem nenhuma correspondência com a nosografia científica. Uma psicanálise lacaniana, ao considerar a histeria, fala de uma histerossomática que é a disciplina que verifica como o inconsciente se inscreve no corpo em zonas histerógenas em que se dão os gozos dos sintomas ⁽⁶⁹⁰⁾.

A atenção centrada na pessoa depende da habilidade de fazer conexões entre a generalidade da ciência biomédica e a experiência singular, objetiva ou subjetiva e consciente ou inconsciente, de uma pessoa portadora de doença ou de enfermidade ⁽⁶⁹¹⁾.

Uma clínica excessivamente orientada para a doença não será capaz de lidar com o sentir-se mal ou com os sofrimentos não causados pelas doenças, ou seja, com as enfermidades. Essas condições são muito prevalentes no cotidiano da clínica. Estima-se que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresenta enfermidades, mas não doenças ⁽⁶⁹²⁾. Por isso, a enfermidade convoca uma clínica que abranja os campos das psicoterapias ⁽⁶⁹³⁾, da terapia comunitária ⁽⁶⁹⁴⁾ e/ou da psicanálise ⁽⁶⁹⁰⁾.

A ATENÇÃO COLABORATIVA E CENTRADA NA PESSOA

A clínica da APS é fundamentalmente uma clínica de relações e o relacionamento entre o profissional de saúde e a pessoa usuária tem um valor em si e antecede ao próprio conteúdo do cuidado. Como afirma McWhinney, há que se conhecer a pessoa antes de conhecer suas doenças ⁽⁶⁹¹⁾. Deve ser ressaltado que a clínica da ESF tem como um de seus atributos a longitudinalidade do cuidado que coloca uma relação de longo prazo entre profissional de saúde e pessoas usuárias. Assim, é inerente à relação clínica na ESF, especialmente no cuidado das condições crônicas, um processo transferencial.

O encontro clínico é uma reunião entre dois seres humanos, de um lado, a pessoa usuária que assume o papel de doente, de outro, o profissional de saúde que assume seu papel de terapeuta. Mas é, também, o encontro entre ciência e consciência ⁽⁶⁸⁰⁾.

A clínica colaborativa e centrada na pessoa marca, de forma importante, as diferenças da APS prestada pelo modelo tradicional e pela ESF. A APS tradicional conforma-se com base na tríade de médicos especialistas que são formados na mesma estrutura técnica e ideológica da pós-graduação de especialistas, com forte prevalência dos elementos do flexnerianismo, o que significa uma visão biomédica, não holística, centrada na doença e prescritiva. O modelo tradicional dificilmente valoriza a dimensão não biomédica das enfermidades e dificulta, se não impossibilita, a instauração do princípio da longitudinalidade. Diferentemente, espera-se que a formação dos profissionais da ESF, dentre eles o médico de família e comunidade, seja radicalmente diferente, inscrita num paradigma pós-flexneriano e focada numa visão holística e não prescritiva que é a base da atenção colaborativa e centrada na pessoa.

Um dos pontos mais importantes na crítica aos sistemas fragmentados de atenção à saúde, com foco nas condições agudas e nas agudizações das condições crônicas, é a destituição das pessoas usuárias como agentes de sua saúde, o que se expressa, rotineiramente, na queixa sistemática dessas pessoas de que não são ouvidas pela equipe de saúde e de que não participam proativamente de seu tratamento^(288, 695). Nesse sentido, o uso corriqueiro da palavra paciente, para referir aquele a quem os cuidados de saúde são prescritos, caracteriza muito bem as pessoas que se apresentam, de forma passiva, à atenção à saúde. Isso porque paciente, na sua expressão dicionarizada, é aquele que perdeu sua condição de agente.

Por outro lado, a atenção à saúde prescritiva e centrada na doença é, também, frustrante para os profissionais de saúde, especialmente os da ESF, porque eles têm pequeno controle sobre o seu processo de trabalho e porque estão permanentemente pressionados por metas de produtividade e estressados pela pequena variabilidade de sua prática clínica cotidiana⁽²⁸⁸⁾.

Há evidências que atestam a passividade das pessoas usuárias nas suas relações com as equipes de saúde. Um estudo de 1.000 consultas filmadas, realizadas por 124 médicos, mostrou que as pessoas usuárias participaram das decisões clínicas em, apenas, 9% do tempo⁽⁶⁹⁶⁾. Outro estudo evidenciou que, enquanto metade das pessoas usuárias gostaria de deixar a decisão clínica final para seus médicos, 96% prefeririam receber opções de escolhas e ter suas opiniões consideradas pelos médicos⁽⁶⁹⁷⁾. Uma pesquisa atestou que as pessoas tendem a participar mais positivamente na atenção à sua saúde quando são encorajadas a fazê-lo por seus médicos⁽⁶⁹⁸⁾. As decisões de participar proativamente na atenção à saúde podem variar em diferentes países, segundo as culturas particulares, sendo de 91% na Suíça e de 44% na Espanha⁽⁶⁹⁹⁾. 50% a 70% das consultas, mesmo para doenças crônicas, são meramente informativas porque estão organizadas na lógica da

atenção às condições e aos eventos agudos, com fixação na queixa conduta, uma característica da atenção à saúde nos sistemas fragmentados ⁽²⁸⁸⁾.

A ausência do princípio da atenção centrada na pessoa gera percepções distintas entre profissionais de saúde e pessoas usuárias. Um livro exemplifica as dissonâncias entre médicos (a primeira afirmativa) e pessoas usuárias (a segunda afirmativa) na APS: Eu sou muito ocupado e não tenho tempo de fazer bem as coisas/Eu nunca tenho tempo suficiente com meu médico; É difícil agendar consulta para as pessoas quando elas necessitam/Eu dificilmente consigo consulta quando sinto necessidade; Não tenho tempo de lidar bem com as condições crônicas porque sou pressionado pelas condições agudas/Eu gostaria que o médico me orientasse melhor em relação à minha hipertensão arterial; Eu nunca consigo que as pessoas sigam minhas orientações/Eu gostaria que o médico falasse menos e me ouvisse mais; Eu gostaria de trabalhar de forma mais tranquila, sem ter de resolver tantos problemas que vão além de meu trabalho clínico/Eu sou tratado como um número e não como uma pessoa; Eu sempre atendo pessoas diferentes que se tratam com outros médicos, mas eu gostaria de ver só as pessoas afiliadas a mim/ Eu vejo muitos médicos para resolver meu problema que dão orientações divergentes e fico confuso ⁽¹⁵⁵⁾

A clínica da ESF é uma clínica da narrativa e da empatia ⁽⁷⁰⁰⁾. No filme "A criança da meia noite", a diretora Delphine Gleize consegue apreender e transmitir, com sensibilidade, a dimensão de uma clínica da narrativa e da empatia. A dimensão narrativa da clínica implica o profissional de saúde escutar a história da pessoa usuária, deixar fluir sua história livremente e não, simplesmente, fazer com que responda a questões fechadas. Além disso, a valorização da narrativa significa que o profissional de saúde adota uma maneira singular de acolher e de compreender a história das pessoas. Uma clínica de narrativas é fundamental para criar empatia que é a capacidade de se colocar na experiência do outro ⁽⁶⁸⁹⁾. A empatia pode ser conceitualizada em termos de quatro elementos: a habilidade de observar emoções nos outros, a habilidade de sentir essas emoções, a habilidade de responder a essas emoções e a habilidade de compreender os pensamentos e as intenções dos outros ⁽⁷⁰⁰⁾. Há evidências que uma relação clínica empática aumenta a satisfação das pessoas usuárias, incrementa a autoeficácia, reduz o estresse do encontro clínico, estimula a adesão aos tratamentos e fortalece a promoção da saúde ^(701, 702, 703, 704, 705).

A atenção centrada na pessoa tem, na ESF, um significado singular porque os profissionais de saúde lidam com todos os tipos de problemas. Assim, não podem antecipar suposições sobre as causas do encontro clínico, nem imaginar que o primeiro problema colocado pela pessoa usuária seja, de fato, o principal problema ⁽⁶⁸⁹⁾.

Na prática, não há tempo, nas consultas de curta duração, para escutar a história da pessoa, explorar os detalhes da sua vida recente e os problemas que está enfrentando. Nem mesmo de conhecer dimensões psicológicas ou psicanalíticas que ajudam a explicar o seu sofrimento. Uma pesquisa constatou que os médicos interromperam as pessoas usuárias num tempo médio de 23 segundos e que, quando interrompidas, 50% dessas pessoas terminaram sua história em menos de 60 segundos e 80% em menos de dois minutos⁽⁷⁰⁶⁾. Uma investigação jornalística, em São Paulo, mostrou que os médicos de APS daquele município ofertavam consultas de poucos minutos que foram denominadas, em editorial da Folha de São Paulo, de "consultas a jato"⁽⁷⁰⁷⁾.

Há estudos que mostram que em 50% das consultas médicas, os médicos e as pessoas usuárias discordam em relação ao principal problema apresentado. Essa clínica prescritiva e centrada na doença alimenta as práticas integrativas e complementares, em que a escuta é mais valorizada. Nos Estados Unidos, o número de atendimentos nessas práticas atinge a mais de um terço da população e supera as consultas na APS. É significativo que 70% das pessoas que buscam a ajuda das práticas integrativas ou complementares não relatam aos seus médicos sobre esses atendimentos⁽⁷⁰⁸⁾.

A atenção colaborativa e centrada na pessoa reposiciona as pessoas usuárias nas relações com os profissionais de saúde porque elas deixam de ser pacientes para se tornarem as principais produtoras sociais de sua saúde^(4, 709). Por isso, alguns sistemas de atenção à saúde já consideram as pessoas usuárias como membros da equipe de APS⁽³⁵⁶⁾. A clínica da ESF não é feita com pacientes, mas com pessoas que são agentes de sua saúde.

O Quadro 4 compara as principais características da pessoa-paciente e da pessoa-agente na atenção às condições crônicas.

Quadro 4: As principais características diferenciadoras da pessoa-paciente e da pessoa-agente na atenção às condições crônicas

PESSOA-PACIENTE	PESSOA-AGENTE
Cumpre as prescrições da equipe de saúde	Compartilha com a equipe a responsabilidade por sua saúde
Atua passivamente	Atua proativamente
Expõe sua queixa e narra sua história quando solicitada pela equipe de saúde	É assertiva, partilha sua queixa e sua história e elabora, conjuntamente com a equipe de saúde, o plano de cuidado, de acordo com suas necessidades, seus valores e suas preferências
Segue as prescrições da equipe de saúde	Decide o que fazer em conjunto com a equipe de saúde
Confia exclusivamente na equipe de saúde para resolver seu problema	Busca apoio e orientação na equipe de saúde para resolver seu problema
Aprende sobre a sua condição crônica com a equipe de saúde	Se autoinforma e aprende com a equipe de saúde sobre sua condição crônica
Responde às questões da equipe de saúde sobre a evolução de sua condição crônica	Compartilha com a equipe de saúde a evolução de sua condição crônica e a monitora nos períodos entre os contatos com os profissionais
Recebe prescrições sobre medicamentos da equipe de saúde	Torna-se corresponsável pelo tratamento medicamentoso com a equipe de saúde
Demanda o sistema de atenção à saúde quando sente necessidade	Demanda o sistema de atenção à saúde quando sente necessidade, mas é contactada ativamente pelo sistema, conforme o plano de cuidado

Fontes: Bengoa ⁽²⁰⁾; New Health Partnerships ⁽⁷¹⁰⁾.

No MACC, interação produtiva significa que o cuidado é realizado de modo colaborativo, baseado em evidência e atendendo às necessidades de saúde das pessoas usuárias, com participação da família e que envolve: a avaliação do estado de saúde; a avaliação das habilidades e do grau de confiança para o autocuidado; a atenção personalizada e estruturada em diretrizes clínicas; o plano de cuidado elaborado em conjunto pela equipe de saúde e pessoa usuária, com metas e instrumentos de solução de problemas acordados; e o monitoramento ativo e colaborativo do plano de cuidado.

O clássico relatório do Instituto de Medicina sobre o abismo da qualidade nos Estados Unidos definiu algumas características centrais de uma atenção à saúde centrada na pessoa: provê a informação, a comunicação e a educação de que as pessoas necessitam e desejam; respeita os valores, as preferências e as necessidades

expressas das pessoas; e garante o conforto físico, o suporte emocional e o envolvimento da família ⁽³¹⁾.

O Instituto Picker estabelece oito princípios da atenção centrada na pessoa: respeito aos valores, às preferências e às necessidades expressadas pelas pessoas; coordenação e integração da atenção; informação, comunicação e educação; conforto físico; suporte emocional e alívio do medo e da ansiedade; envolvimento da família e dos amigos; continuidade e transição; e acesso à atenção ⁽⁷¹¹⁾.

O princípio do respeito aos valores, às preferências e às necessidades significa que as pessoas usuárias devem ser informadas a respeito de sua condição de saúde e devem ser envolvidas no processo decisório. As pessoas usuárias valorizam uma atenção num ambiente que é focado nelas como indivíduos que apresentam uma condição de saúde e não centradas na doença, e que respeita os seus valores e as suas preferências.

O princípio da coordenação e da integração da atenção significa a possibilidade de uma atenção em rede, coordenada e integrada, que transmita segurança às pessoas para que elas possam lidar melhor com as fragilidades e as vulnerabilidades que se manifestam em decorrência das condições de saúde.

O princípio da informação, educação e comunicação significa uma boa comunicação com as pessoas usuárias com informações e/ou educação sobre o estado clínico, sobre o processo de atenção e sobre as formas de melhorar a autonomia, a independência, o autocuidado e a prevenção das condições de saúde.

O princípio do conforto físico significa prover uma atenção que promova o conforto das pessoas usuárias com foco em três áreas principais: o manejo da dor, a ajuda para as atividades diárias e um ambiente acolhedor e humano que inclua o acesso da família e dos amigos.

O princípio do suporte emocional e alívio do medo e da ansiedade significa a provisão de uma atenção que alivie o medo e a ansiedade em três dimensões fundamentais: medo e ansiedade em relação ao estado clínico, ao tratamento e ao prognóstico, medo e ansiedade em relação ao impacto da condição de saúde sobre as pessoas e suas famílias e medo e ansiedade em relação ao impacto financeiro da condição de saúde.

O princípio do envolvimento da família e dos amigos significa uma atenção que valorize a participação da família e dos amigos no cuidado, que reconheça o papel

dessas pessoas no processo decisório, que apoie membros da família para o exercício da função de cuidadores e que reconheça as necessidades da família e dos amigos.

O princípio da continuidade e transição significa a provisão de informações detalhadas sobre medicações, limitações físicas, necessidades alimentares etc.; a coordenação de plano de cuidado que seja co-participado pelas pessoas usuárias e suas famílias; o apoio nos momentos de transição; e a prestação de informações sobre o apoio clínico, social e físico em base contínua.

O princípio do acesso à atenção significa a possibilidade das pessoas usuárias em acessar o cuidado necessário e oportuno na ESF e as referências à atenção especializada ambulatorial e hospitalar e aos exames.

A atenção centrada na pessoa opera com quatro conceitos-chave: dignidade e respeito, compartilhamento de informações, participação e colaboração. Dignidade e respeito significam que as equipes de saúde ouvem e respeitam as perspectivas e as escolhas das pessoas e das famílias, bem como incorporam, nos planos de cuidados, os seus conhecimentos, valores, crenças e características culturais. Compartilhamento de informações implica a comunicação e a troca de informações completas e não viesadas entre a equipe de saúde e as pessoas, de maneira positiva; as pessoas devem receber informações amplas, oportunas e fidedignas para que possam participar efetivamente do processo decisório da saúde. Participação exige que as pessoas sejam encorajadas e apoiadas para participarem das decisões sobre a atenção à saúde em todos os níveis em que queiram. Colaboração se expressa numa relação cooperativa entre as pessoas, as famílias e a equipe de saúde para desenvolverem, implementarem e avaliarem os programas de saúde e a prestação dos serviços ⁽⁷¹²⁾.

A atenção centrada na pessoa constitui-se a partir de um conjunto de elementos que inclui o empoderamento das pessoas usuárias para serem mais proativas na atenção à saúde, o compartilhamento de responsabilidades e de poder entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias e o apoio à autonomia e à individualidade das pessoas usuárias ^(712, 713). Do ponto de vista prático, esses elementos manifestam-se na relação clínica, em três dimensões fundamentais: o estabelecimento de uma agenda comum construída pelo profissional e pela pessoa usuária, a troca de informações e a decisão compartilhada.

Na prática clínica convencional, a agenda é dominada pelo médico. Uma pesquisa feita com observações de 264 consultas de médicos de família demonstrou que, em somente 28% delas, a pessoa usuária pode expressar suas opiniões completamente e que, em 25% delas, os médicos nunca pediram às pessoas que manifestassem suas opiniões sobre seus problemas ⁽⁶⁹⁶⁾. A atenção centrada na pessoa implica os profis-

sionais de saúde atuar de forma não prescritiva, incentivando as pessoas usuárias a participarem da consulta e expressando, com clareza, o que se espera do encontro clínico. Isso é uma condição imprescindível para que a agenda comum resulte em metas negociadas. Isso foi visto no Boxe 5 que relata uma consulta realizada com base na EM.

A troca de informações é uma parte essencial da atenção centrada na pessoa porque influencia as decisões das pessoas usuárias e seus comportamentos. Um estudo verificou que pessoas com dor lombar, que tiveram explicações adequadas sobre essa condição por parte do médico, demandaram menos exames complementares ⁽⁷¹⁴⁾. Por outro lado, uma pesquisa mostrou que apenas 37% das pessoas usuárias foram adequadamente informadas a respeito da medicação prescrita ⁽⁷¹⁵⁾. Outra investigação verificou que a não adesão a medicamentos está associada a falhas de comunicação entre os médicos e as pessoas usuárias ⁽⁷¹⁶⁾. A troca de informação na atividade clínica beneficia-se de algumas tecnologias como as utilizadas pela EM: informar-verificar-informar e evocar-fornecer-evocar. Relacionado a essas tecnologias existe um processo comunicativo denominado de fechar o laço que significa fazer uma recomendação e perguntar à pessoa usuária se ela entendeu o que foi dito pelo profissional de saúde. Contudo, isso não é feito comumente. Uma pesquisa evidenciou que em apenas 12% das consultas médicas envolvendo recomendações sobre mudanças de comportamentos ou sobre nova medicação, esse procedimento foi feito ⁽⁷¹⁷⁾.

A decisão compartilhada é outro fator fundamental na atenção centrada na pessoa. Ela significa a capacidade dos profissionais de saúde em transmitir informações às pessoas usuárias sobre os benefícios e os danos de diferentes alternativas de intervenções dialogando com essas pessoas sobre suas preferências e juízos e fazendo a decisão final de forma parceira. Há, contudo, que se ter em mente que algumas decisões clínicas não são sensíveis às preferências das pessoas. Uma pesquisa verificou que a aplicação da decisão compartilhada esteve associada com uma redução de 21% a 44% em cirurgias eletivas, com redução nos custos da atenção e sem efeitos adversos nos resultados sanitários ⁽¹⁵⁵⁾.

A atenção centrada na pessoa coloca o conceito-chave da aliança terapêutica que consiste na construção de uma agenda comum, na troca de informações, nas decisões compartilhadas e no estabelecimento de relações de confiança, de respeito e empáticas entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Há evidência de que quando a aliança terapêutica se institui, possibilita-se uma maior adesão aos tratamentos e obtêm-se melhores resultados sanitários ⁽¹⁵⁵⁾. A aliança terapêutica estrutura-se com base num estilo comunicacional efetivo e na construção de relações afetivas dinâmicas entre equipe de saúde e pessoas usuárias. Quando se institui a aliança terapêutica, há uma maior adesão aos tratamentos e obtêm-se melhores resultados sanitários ⁽⁷¹⁸⁾.

A atenção centrada na pessoa representa uma mudança radical em relação aos modelos convencionais em que a equipe de saúde sabe o que é melhor para as pessoas usuárias. Nesse novo padrão de atenção à saúde os profissionais não são prescritores que monopolizam os conhecimentos sobre o que as pessoas têm, do que elas necessitam e o que deve motivá-las. Ao contrário, aqui, a palavra essencial é a parceria entre a equipe de saúde e a pessoa. Essa relação institui-se com base no reconhecimento e na valorização de que as pessoas e suas famílias possuem certos conhecimentos, habilidades, fortalezas, expectativas, preferências e recursos interiores que devem ser considerados no plano de cuidado. Além disso, a atenção centrada na pessoa faz-se de forma relacional e dirigida para resultados. Relacional porque a atitude da equipe de saúde está orientada pela abertura, pelo respeito genuíno e pelo bem-estar do outro. As pessoas mudam mais facilmente em contextos em que se estabelecem relações baseadas na confiança mútua. Orientada para resultados porque o plano de cuidado tem como elemento fulcral a definição conjunta de metas a serem atingidas, segundo os graus de importância e de confiança estabelecidos pela pessoa usuária ⁽⁷¹⁹⁾.

A participação da pessoa na atenção à saúde envolve a compreensão do processo saúde/doença e os fatores que o influenciam; o autodiagnóstico e o manejo de certos sintomas menores; a seleção, em parceria com os profissionais de saúde, dos tratamentos; o uso apropriado das tecnologias de tratamento e de medicamentos; o monitoramento dos sintomas e da evolução do tratamento; a consciência sobre a segurança das tecnologias sanitárias utilizadas; e a adoção de comportamentos de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde. Para que isso possa ocorrer, a atenção centrada na pessoa utiliza-se de três estratégias fundamentais: a atenção colaborativa com a equipe de saúde, a alfabetização sanitária e o autocuidado apoiado ⁽⁷²⁰⁾.

A atenção centrada na pessoa convoca habilidades comunicacionais singulares das pessoas usuárias e das equipes de saúde porque o trabalho com as pessoas e com as famílias pressupõe uma clínica relacional ⁽⁷²¹⁾.

De parte das pessoas usuárias implica a estruturação do processo narrativo, a reflexão sobre sua condição de vida, a reconstrução de sua história e a identificação com a saúde; em relação às equipes de saúde, o desenvolvimento da escuta e das habilidades comunicativas, a busca da empatia para com o outro, a reflexão sobre a prática mediada pelos saberes individuais e pela vivência interdisciplinar, a incorporação da perspectiva da pessoa usuária, a habilidade de entender as preferências da pessoa usuária, a habilidade de compartilhar decisões sobre prevenção e tratamento, a habilidade de prover o apoio ao autocuidado, a habilidade de trabalhar em equipes multiprofissionais, a habilidade de utilizar as novas tecnologias para tornar a pessoa

usuária mais engajada na produção de sua saúde e a habilidade de administrar o tempo para tornar tudo isso possível ⁽⁷⁰⁾.

A atenção centrada na pessoa se justifica, mais ainda, nas situações em que há mais de um curso possível de ação e em que nenhuma opção é autoevidente para a equipe de saúde e para a pessoa e sua família. Em algumas circunstâncias, como pessoas idosas em situações de saúde críticas, há uma tendência para deixar as decisões para a equipe de saúde ⁽⁷²²⁾.

AS EVIDÊNCIAS DA ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA

Há evidências de que processos educacionais podem aumentar as habilidades de comunicação de médicos, enfermeiros e farmacêuticos e que isso determina um maior envolvimento das pessoas usuárias, uma redução da ansiedade e uma maior satisfação com a atenção compartilhada ⁽⁷²³⁾. O envolvimento proativo das pessoas usuárias é seguido de uma diminuição das prescrições médicas e do custo da atenção à saúde ⁽⁷²⁴⁾. A aplicação de tecnologias de empoderamento das pessoas usuárias como a preparação para uma consulta, a utilização de diários e os sumários das consultas realizadas, aumentam o conhecimento das pessoas e as colocam em posição de maior controle sobre sua saúde ⁽⁷²⁵⁾. Os instrumentos de suporte para as decisões das pessoas usuárias são efetivos e incentivam uma aproximação da equipe de saúde e das pessoas, incrementam o conhecimento, determinam maior adesão aos tratamentos prescritos, maior percepção dos riscos envolvidos e maior respeito às escolhas e aos valores das pessoas ^(726, 727).

Bodenheimer fez um estudo de caso sobre o Sr. P, um homem de 63 anos de idade, portador de múltiplos fatores de riscos cardiovasculares e com baixa adesão aos tratamentos prescritos, no qual conclui que a transformação de um paciente num agente proativo é um determinante importante na obtenção de resultados sanitários favoráveis ⁽⁶⁵³⁾.

Há outras evidências que suportam a introdução da atenção à saúde centrada na pessoa na APS. Esse tipo de atenção, aplicada nos cuidados primários à saúde, promove resultados positivos na melhoria da satisfação das pessoas usuárias, no envolvimento com sua saúde, em processos da atenção, em certos resultados, na qualidade de vida das pessoas usuárias e nos custos da atenção ^(729, 730, 731, 732, 733).

As evidências coletadas fizeram com que, crescentemente, vários países do mundo como Alemanha, Austrália, Canadá, Estados Unidos, França, Holanda, Itália e Reino Unido estejam adotando políticas de implementação da atenção centrada na pessoa

e na família ⁽⁷²⁰⁾. No Brasil, a atenção centrada na pessoa e na família tem sido usada crescentemente por equipes da ESF, especialmente na medicina familiar ⁽⁷³⁴⁾.

Há estudos que mostram que a atenção centrada na pessoa tende a se deteriorar ao longo do tempo ⁽¹⁵⁵⁾.

Não obstante as evidências, há muitos mitos que dificultam a adoção, em larga escala, da atenção centrada na pessoa. Falsas ideias dificultam a atenção centrada na pessoa: essa atenção é muito cara; essa atenção é charmosa, mas não é importante; essa atenção é trabalho dos enfermeiros; essa atenção aumenta fortemente a necessidade de profissionais de saúde; essa atenção não é viável em grandes organizações; a organização já foi acreditada e isso garante que exercita essa atenção; essa atenção consome muito tempo; e não há evidências sobre essa atenção ⁽⁷³⁵⁾.

A introdução da atenção centrada na pessoa não significa que os profissionais devem trabalhar mais tempo e de forma mais forte. Essa atenção pode ser incorporada por meio de estratégias de mudanças processuais nos cuidados primários, como utilização de equipe multiprofissional, de novas formas de atendimento, da continuidade do cuidado, de autoavaliação em pré-consultas e outras ⁽¹⁵⁵⁾.

O Picker Institute propõe um questionário de autoavaliação que pode ser utilizado por uma equipe para verificar sua atuação em termos de atenção centrada na pessoa, em suas várias dimensões: a cultura organizacional, a comunicação com a pessoa e a família, a personalização do cuidado, a continuidade do cuidado, o acesso à informação e à educação em saúde, o envolvimento familiar, o ambiente do cuidado, a espiritualidade, as práticas integrativas e complementares, o cuidado do cuidador e a satisfação das pessoas usuárias ⁽⁷³⁶⁾.

A ALFABETIZAÇÃO SANITÁRIA

Uma estratégia fundamental da atenção centrada na pessoa é a alfabetização sanitária.

Alfabetização sanitária é o grau de acumulação, pelas pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, de capacidades para obter, desenvolver, processar e compreender as informações básicas que as permitam fazer decisões e utilizar plenamente os serviços em benefício de sua saúde. Isso inclui a capacidade de organizar e compartilhar com a equipe de saúde o repertório de vivências e valores constitutivo de cada pessoa e de cada família. Uma definição mais abrangente considera a alfabetização sanitária como a capacidade de fazer decisões maduras sobre a saúde

nos contextos da vida cotidiana, nos espaços do domicílio, do sistema de atenção à saúde, do local de trabalho e da arena política ⁽⁷²⁰⁾.

A alfabetização sanitária vai além da capacidade de leitura para envolver outras capacidades, igualmente importantes, como as de ouvir, de falar, de compreender, de fazer certas operações matemáticas muito básicas e, principalmente, de expor os conhecimentos acumulados ao longo da vida e de expressar, de forma assertiva, os valores e as preferências em termos de atenção à saúde.

Identificam-se três níveis de alfabetização sanitária: o nível funcional: as habilidades básicas de ler e escrever necessárias ao efetivo funcionamento nos contextos da atenção à saúde; o nível interativo: as habilidades cognitivas e sociais que permitem a co-participação na atenção à saúde; e o nível crítico, as habilidades de analisar e utilizar, de forma crítica, as informações sobre a saúde ^(737, 738).

Nos Estados Unidos, em 1996, 46% dos americanos adultos, quase 90 milhões de pessoas, apresentavam dificuldades de compreender e utilizar adequadamente as informações e as orientações sobre sua saúde ⁽⁷³⁹⁾. Por isso, essa população apresentava piores níveis de saúde e utilizava mais os serviços de urgência e emergência que a outra parte, constituída por 54% da população. Para superar esse problema, propôs-se a introdução de programas para reduzir os efeitos da limitada alfabetização sanitária nas escolas no ensino fundamental, bem como nos programas de alfabetização de adultos ⁽⁷⁴⁰⁾. Na Europa, um estudo feito em 22 países mostrou que deficiências de alfabetização sanitária estavam associadas com índices de saúde piores ⁽⁷⁴¹⁾.

A alfabetização sanitária é uma variável fundamental a ser considerada no manejo das condições crônicas porque ela afeta as capacidades de co-participar da atenção à saúde, de reconhecer e de registrar os sinais e sintomas de uma condição de saúde, de se autocuidar, de utilizar práticas preventivas e de compreender e aderir aos tratamentos prescritos, especialmente aos tratamentos medicamentosos. Por isso, têm sido propostas soluções metodológicas para avaliação da alfabetização sanitária como ferramenta dos serviços de saúde ⁽⁷⁴²⁾.

Há que se considerar que os resultados das deficiências da alfabetização sanitária são mais importantes na APS ⁽⁷⁴³⁾. Em consequência, uma ESF de qualidade deve incorporar, entre suas preocupações fundamentais, estratégias que permitam lidar com as pessoas com déficits de alfabetização sanitária para diminuir o impacto dessas deficiências nos resultados da atenção.

A alfabetização sanitária apresenta três grandes objetivos: a provisão e o compartilhamento da informação adequada, o encorajamento do uso efetivo e apropriado dos recursos de saúde e a redução das iniquidades em saúde.

As necessidades de informações adequadas são muito diversas e variam de acordo com a idade, a classe social, o gênero e as crenças e os valores. Essas informações podem variar ao longo do curso de uma condição de saúde. Por exemplo, quando as pessoas recebem um diagnóstico, elas necessitam de informações práticas para dar suporte à atenção, bem como para reduzir a ansiedade. Mais tarde, elas vão se concentrar nos prognósticos de longo prazo e no autocuidado, o que implica informações mais específicas e detalhadas.

Para enfrentar o problema das deficiências de alfabetização sanitária, várias estratégias têm sido utilizadas.

Para grupos de baixa alfabetização sanitária têm sido desenvolvidos cursos, iniciativas com base comunitária e revisão das informações para grupos com necessidades especiais. Avaliações dessas iniciativas têm demonstrado um melhor conhecimento e compreensão por parte dos usuários⁽⁷⁴⁴⁾. As informações visuais têm sido utilizadas crescentemente.

Cada vez mais se utiliza a Internet como fonte de informação, mas isso pode provocar a exclusão de certos grupos como as pessoas mais idosas, alguns portadores de necessidades especiais e grupos em situação de exclusão digital. Mas quando essas barreiras podem ser superadas, há evidências de que esses grupos se beneficiam muito da informação digital⁽⁷⁴⁵⁾.

Informações em outros formatos eletrônicos como textos em telefones celulares, audiotapes e outras intervenções em ambiente *web* podem aumentar a confiança das pessoas usuárias e suas habilidades para participar das decisões sobre saúde e para melhorar os resultados sanitários, especialmente se são complementares às práticas educacionais ofertadas nas unidades de saúde.

De qualquer forma, as informações devem ser oportunas, apropriadas, confiáveis, seguras e relevantes. A equipe de saúde usualmente pensa que é importante prover informação médica geral como a etiopatogenia das doenças, mas as pessoas estão mais interessadas em opções de tratamentos, probabilidades de sucesso ou em como obter suporte para sua condição de saúde.

O Boxe 8 relata uma experiência de alfabetização sanitária realizada nas unidades de APS no município de Curitiba.

Boxe 8: O Programa Alfabetizando com Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Uma experiência interessante no campo da alfabetização sanitária é desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em parceria com a Secretaria de Educação, no espaço das unidades de APS, o Programa "Alfabetizando com Saúde".

O programa funciona com professores voluntários e nos finais de tarde e à noite, após o horário normal de atendimento das unidades de APS. A metodologia está baseada em palavras geradoras relacionadas à área da saúde e se destina a pessoas adultas e idosas. O material de aprendizado foi elaborado especialmente para o programa, no qual os temas de saúde se integram aos números, palavras e textos, levando o alfabetizando para a leitura e a escrita.

A facilidade de acesso ao local das aulas, o ganho de tempo com deslocamentos e os vínculos com os profissionais de saúde contribuem para a adesão ao programa. As aulas têm duração de duas horas e, em geral, são realizadas duas vezes por semana. As turmas são formadas por moradores da área de abrangência das unidades de APS que são usuários dessas unidades. A idade dos alunos está concentrada entre 48 e 68 anos, a maioria de mulheres. No período de 2002 a 2010 foram alfabetizadas mais de 3 mil pessoas.

Os resultados obtidos são muito bons, não só na melhoria da saúde, mas no aumento da autoestima e na autoconfiança das pessoas que passaram pelo programa. Em 2008, o programa foi ganhador do Prêmio Internacional de Alfabetização da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco).

Fonte: Munhoz, Baggio, Sizenando, Scutato ⁽⁷⁴⁶⁾

DA ATENÇÃO CENTRADA NO INDIVÍDUO PARA A ATENÇÃO CENTRADA NA FAMÍLIA

A segunda mudança fundamental da atenção à saúde, para aplicação do MACC na ESF, é da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família.

O componente da atenção centrada na família deriva do atributo da APS que é a orientação familiar. Ele implica o trabalho clínico com uma população adscrita a uma equipe da ESF, inserida no território de abrangência dessa equipe, e organizada socialmente em famílias. De um ponto de vista prático, essas famílias devem ser cadastradas, classificadas por riscos e ter encontros clínicos realizados com a utilização de ferramentas de abordagem familiar.

Aqui, também, há que se marcarem as diferenças entre o modelo da APS tradicional, ofertada pelas três especialidades médicas, e o modelo da ESF. Ao utilizarem-se médicos diferentes para distintas subpopulações (crianças, adultos e mulheres) rompe-se a unidade familiar e com o princípio da família como unidade de cuidado. Além disso, a formação de especialistas, marcada pelo modelo flexneriano, torna difícil a aplicação de instrumentos de abordagem familiar que são imprescindíveis a uma ESF de qualidade.

A família é um sistema complexo de relações em que seus membros compartilham um mesmo contexto social de pertencimento. É o espaço do reconhecimento da diferença, do aprendizado de unir-se e separar-se, a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais, da construção da identidade, é a matriz em que nascemos e morremos. É, também, um sistema social em permanente transformação determinada por fatores internos à sua história e pelos ciclos de vida que interagem com mudanças sociais. Na família estabelecem-se relações entre seus membros que compartilham cultura e crenças e em que cada qual exerce funções distintas e complementares. A família assenta-se na ideia da coesão e da continuidade ⁽⁷⁴⁷⁾.

O Brasil tem adotado um conceito ampliado de família. O Ministério da Saúde conceitua família como "*o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que reside na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionista ou agregado*" ⁽⁷⁴⁸⁾.

As famílias se estruturam por algumas características objetivas como número de componentes, sexo, idade, religião, moradia, nível econômico, profissão, escolaridade, tipo de casamento, tipo de trabalho, cor, raça, etnia e cultura ⁽⁷⁴⁹⁾.

A natureza da família é variável. A maioria das famílias atendidas na ESF representará grupos de parentesco convencionais, mas outros tipos de famílias estarão quase sempre representados ⁽⁶⁸⁹⁾. Há diferentes tipos de famílias segundo a estrutura e a dinâmica global, a relação conjugal e a relação parental. Por exemplo, se toma o recorte da estrutura e da dinâmica global, diferentes tipos de famílias podem ser considerados: família díade nuclear; família grávida; família nuclear ou simples; família alargada ou extensa; família com prole extensa ou numerosa; família reconstruída, combinada ou recombinação; família homossexual; família monoparental; família unitária; família de pessoa que vive sozinha; família de co-habitação; família comunitária; família hospedeira; família adotiva; família flutuante; família múltipla; e outras formas ⁽⁷⁵⁰⁾.

A estrutura familiar responde à pergunta: o que é a família? Essa estrutura é um conjunto invisível de demandas funcionais que organiza os modos de interação dos seus membros, a relação com o número de pessoas que a compõe, o seu tipo, os subsistemas existentes, os papéis desempenhados pelos membros, os limites internos e externos, os alinhamentos e o manejo do poder. As dimensões centrais da estrutura familiar são: as normas que definem como, quando e com quem os membros de relacionam, definidoras das relações implícitas ou explícitas entre os membros; os papéis que definem as tarefas que cada membro desempenha na família; os limites que definem quem participa e de que modo nas interações; as

coalizões e as alianças que são distintos pactos entre seus membros para realizar as diferentes tarefas; e o poder e a autoridade que se organizam hierarquicamente e definem a contribuição de cada membro nos resultados das atividades familiares. Por outro lado, a dinâmica familiar responde à pergunta: como funciona a família? Ela diz respeito aos processos relacionais que ocorrem no interior da família e em seu contexto. O processo central da dinâmica familiar é a comunicação, juntamente com os processos evolutivos individuais e familiares, as pautas de vinculação afetiva, os mecanismos de adaptação e de solução de problemas ⁽⁷⁵¹⁾.

A atenção centrada na família considera o indivíduo e a família como um sistema e, por consequência, aplica uma clínica específica em três dimensões: inclui a família como marco de referência para uma melhor compreensão da situação de saúde; coloca a família como parte dos recursos que os indivíduos dispõem para manterem-se sãos ou para recuperarem sua saúde; e introduz a família como unidade de cuidado, como ente distinto de cada indivíduo-membro. Isso significa que abordar um problema de saúde implica gerar intervenções sistêmicas e considerar o impacto das intervenções considerando que: a família é a fonte principal de crenças e pautas de comportamentos relacionados com a saúde como comportamentos e estilos de vida; as tensões que a família sofre nas etapas de transição do seu ciclo de vida podem se manifestar em sintomas; os sintomas somáticos podem se manifestar como uma função adaptativa no seio da família e serem mantidos pelos padrões de conduta familiar; as famílias são um recurso valioso e uma fonte de apoio para o adequado tratamento das enfermidades e doenças; há outros elementos como a carga genética, o contato em doenças infecciosas por proximidade física etc ⁽⁷⁵¹⁾.

A família tem seis principais efeitos na saúde de seus membros: as influências genéticas; a família é crucial para o desenvolvimento infantil; algumas famílias são mais vulneráveis a problemas de saúde do que outras; as doenças infecciosas propagam-se em famílias; os fatores familiares afetam a morbidade e a mortalidade em adultos; e a família é importante na recuperação da enfermidade ⁽⁶⁸⁹⁾.

O trabalho de saúde familiar se beneficia de conceitos importantes contidos na teoria de sistemas aplicada à saúde da família, o enfoque interacional da comunicação, a teoria do ciclo vital, a teoria das crises e a teoria dos fatores de riscos e fatores protetores ⁽⁷⁵¹⁾.

Os preceitos da atenção centrada na família são: ficar atento às famílias vulneráveis e lhes dar apoio integral; fornecer informações de qualidade durante as doenças graves; estar ao lado da pessoa em momentos de crise; tomar a iniciativa quando a pessoa necessitar de atenção; prestar atenção aos membros vulneráveis da família, os "doentes ocultos"; prestar atenção às pessoas que são os "bodes expiatórios"

da família ou que representam o sintoma de apresentação de um problema familiar; evitar tomar partido num conflito familiar; e reunir-se com a família em momentos críticos ⁽⁶⁸⁹⁾.

Há certos preceitos para a atenção familiar. Um deles é o que não fazer com as famílias: ignorá-las, menosprezar o valor dos vínculos, julgá-las, avaliá-las em função dos próprios valores, estigmatizá-las, impor-lhes decisões, não escutá-las, não acolhê-las, não acompanhá-las e não abandoná-las ⁽⁷⁵¹⁾.

O trabalho com famílias envolve cinco níveis de intervenções: nível 1, ênfase mínima sobre a família; nível 2, informações e aconselhamento médico contínuo; nível 3, emoções e apoio; nível 4, avaliação sistemática e intervenção planejada; e nível 5, terapia familiar. O trabalho da ESF envolve, geralmente, ações dos níveis 2 a 4 ⁽⁷⁵²⁾.

Dentre os fundamentos do trabalho familiar na ESF estão o processo de territorialização, o cadastro familiar, a classificação de riscos familiares e as ferramentas de abordagem familiar.

O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

O processo de territorialização tem por base a construção de territórios-processos que são definidos por critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais, com uma visão dinâmica que acompanha as mudanças permanentes no território. São territórios de vida que se reconstróem todo o tempo, em suas diversas dimensões ⁽⁷⁵³⁾.

O foco da territorialização na ESF está em estabelecer dois territórios sanitários fundamentais dos Planos Diretores de Regionalização e que são, em geral, desconsiderados nos PDRs tradicionais: o território área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF e o território microárea que é o território de responsabilidade de um ACS. No modelo tradicional de cuidados primários, o território área de abrangência é construído a partir de todas as pessoas que vivem na área de responsabilidade de uma unidade de APS. Na ESF haverá tantos territórios de abrangência quantas são as equipes porque a função de responsabilização é imputada a cada equipe em relação às famílias adscritas.

É fundamental que se discuta a conformação de PDRs no SUS que, em geral, se limitam à definição de territórios de assistência nos níveis secundário e terciário (média e alta complexidades). Essa é uma visão limitada de territórios sanitários porque exclui os territórios em que vivem e se vinculam à ESF, a população organizada em famílias.

O processo de territorialização envolve o levantamento do perfil territorial-ambiental (a geografia e ambiente, a delimitação do território da unidade da ESF num mapa, as vias de acesso e as características dos domicílios), do perfil demográfico, do perfil socioeconômico e do perfil institucional ⁽⁷⁵⁴⁾.

O CADASTRO FAMILIAR

O cadastro familiar objetiva conhecer as famílias adscritas às equipes da ESF que significa uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família.

O cadastro familiar é uma ferramenta fundamental para a ESF porque é, a partir dele, que se define a população que, organizada socialmente em famílias, se vinculará a cada equipe de saúde da família. Como se viu anteriormente, a população de uma RAS não é a população fornecida pelo IBGE, mas as pessoas que efetivamente vivem no território de responsabilidade de cada equipe da ESF. Assim, só com um bom cadastro familiar se poderá romper com um dos problemas centrais do SUS que é a gestão da oferta e se instituir, verdadeiramente, a gestão de base populacional.

Nesse aspecto manifesta-se, também, uma diferença fundamental entre o modelo tradicional de APS centrado na tríade de médicos especialistas, com o modelo da ESF. Os médicos especialistas, formados no paradigma flexneriano, um deles o do individualismo, tendem a trabalhar com indivíduos: indivíduos-criança, indivíduos-mulher e indivíduos-adulto. Já a equipe da ESF e, dentro dela, os médicos de família e comunidade, são formados numa perspectiva de trabalho com populações adscritas.

O cadastro familiar pode ser feito em fases: a fase preparatória, a fase de execução e a fase de utilização do cadastro.

A fase preparatória envolve encontros preliminares da equipe da ESF, a discussão da metodologia, a responsabilização pelos ACSs em suas microáreas, o esclarecimento das lideranças comunitárias sobre o processo e a elaboração de um formulário de cadastro familiar que contenha dados da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), acrescidos de algumas informações complementares.

A fase de execução envolve aplicar os formulários em visitas domiciliares dos ACSs, priorizar as famílias de maior risco sociosanitário, anotar as respostas nos campos específicos dos formulários, orientar a família sobre a utilização dos formulários e aproveitar para dar orientações às famílias em relação a alguns problemas levantados nos formulários como acondicionamento do lixo, higiene do ambiente, cuidados com pessoas de risco, armazenamento de medicamentos etc ⁽⁷⁵⁴⁾.

A utilização do cadastro envolve lançar os dados no SIAB e/ou no sistema gerencial da Secretaria Municipal de Saúde, reunir as equipes da ESF para a discussão dos resultados, utilizar o cadastro para a classificação das famílias por risco sociosanitários e atualizar o cadastro anualmente.

Uma questão central, nem sempre considerada, é o caráter dinâmico do processo de cadastramento familiar. É preciso que esse processo seja contínuo, dadas as mudanças dinâmicas que ocorrem no território e nas famílias.

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS FAMILIARES

A classificação de riscos familiares deriva da teoria dos fatores de riscos e dos fatores protetores. Assim, o trabalho de saúde da família deve conhecer a população de responsabilização e identificar os fatores de riscos e de proteção nelas existentes ⁽⁷⁵¹⁾.

Os fatores de riscos são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais que estão associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de mortalidade ou morbidade. Por sua vez, os fatores protetores dizem respeito a influências que modificam, alteram ou melhoram as respostas das pessoas a perigos que predispõem a resultados não adaptativos.

Os fatores protetores operam por meio de três mecanismos básicos. O modelo compensatório em que os estressores e as características individuais combinam-se aditivamente na predição de uma consequência, de tal forma que o estresse severo pode ser contrabalançado por qualidades pessoais ou por apoio social. O modelo do desafio em que o estresse, quando não excessivo, é visto como um potencial estimulador da competição. O modelo da imunidade em que se estabelece uma relação condicional entre estressores e fatores protetores.

Por outro lado, as famílias exercitam estilos de vida e formas de relacionamentos que podem ser saudáveis (fatores protetores) ou patogênicos (fatores de riscos). As condutas de risco são ações ativas ou passivas que acarretam consequências negativas para a saúde ou comprometem aspectos de seu desenvolvimento.

É importante, pois, no diagnóstico da população adscrita à ESF identificar aquelas em que predominam os fatores de riscos e existem poucos fatores protetores. Esses fatores não têm um valor em si quando vistos separadamente porque o importante é que a relação entre os distintos fatores é o que determina como as pessoas e as famílias vão reagir frente a uma situação determinada. Portanto, é importante conhecer o conjunto de fatores envolvidos numa situação de risco e como interação entre si.

O Quadro 5 mostra os fatores de riscos e protetores nas pessoas e nas famílias.

Quadro 5: Fatores de riscos e protetores comuns nas pessoas e nas famílias

FATORES	RISCOS	PROTETORES
PESSOAS	Desnutrição, gravidez precoce, adições, depressão, desemprego, baixa autoestima, atividade sexual precoce e tendências a evitar os problemas ou ao fatalismo	Autoestima, autoeficácia, empatia, capacidade intelectual, capacidade de planejamento e de resolução de problemas
FAMILIARES	Família uniparental, separação dos pais, abuso sexual, gravidez precoce, negligência dos pais, baixa renda, filhos com deficiências, doença terminal, ausência de planejamento familiar	Ambiente cálido, coesão familiar, estrutura sem disfuncionalidade importante, adaptabilidade e flexibilidade, relação estável com pai ou mãe e pais estimuladores
SOCIAIS	Ausência de apoio social ou de modelos sociais positivos e ausência de redes institucionais	Apoio social, redes institucionais, clima educacional ou laboral positivo e modelos sociais

Fonte: Ministerio de la Salud de Chile ⁽⁷⁵¹⁾

Para uma ação efetiva e equitativa da ESF é fundamental, com base no cadastro familiar e no diagnóstico dos fatores de riscos e protetores, elaborar uma classificação de riscos familiares.

Essa classificação de riscos familiares tem como objetivo identificar os fatores de risco presentes nas famílias e fazer a classificação dessas famílias em: sem riscos, baixos riscos, médios riscos e altos riscos. Os critérios de riscos expressam-se nas prioridades de atendimento das famílias, de tal forma que há que se discriminarem positivamente as de maiores riscos.

O trabalho da ESF deve levar em conta a classificação de riscos das famílias adscritas às equipes do programa. O trabalho com famílias em situações de risco tem um percurso dinâmico em contínua transformação, constituído por tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelos sujeitos acompanhados ⁽⁷⁵⁵⁾.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais desenvolveu um instrumento para classificação dos riscos familiares que engloba os seguintes critérios: fatores socioeconômicos (alfabetização do chefe de família; renda familiar e abastecimento de água; presença de condições ou patologias crônicas prioritárias (crianças com situações de risco do Grupo II, adolescentes de alto risco, adultos com risco cardio-

vascular alto ou muito alto, adultos com risco para diabetes, adultos com alto risco para tuberculose, adultos com alto risco para hanseníase, adultos com risco grave para distúrbios mentais, gestantes de alto risco, idosos frágeis e outras condições de saúde definidas como prioritárias pela equipe de saúde). A pontuação final para estabelecimento do grau de risco familiar cruza os critérios socioeconômicos com os critérios clínicos: pontuação 0, sem risco; pontuação 1, risco baixo; pontuação 2-3, risco médio; e pontuação igual ou maior que 4, risco alto ⁽⁷⁵⁴⁾.

A classificação de riscos das famílias deve ser confrontada com os riscos biopsicológicos e com a capacidade de autocuidado, para definir a programação final das intervenções relativas a cada pessoa usuária.

AS FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR

A adoção da ESF implica, necessariamente, a introdução, na rotina da clínica dos cuidados primários, de ferramentas de abordagem familiar.

As ferramentas de trabalho com famílias, também conhecidas como ferramentas da saúde da família, são tecnologias oriundas da Sociologia e da Psicologia, que visam a estreitar as relações entre os profissionais e as famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade.

As ferramentas de abordagem familiar mais utilizadas são o genograma, o ciclo de vida da família, o F.I.R.O., o P.R.A.C.T.I.C.E., o APGAR Familiar e os mapas de redes ^(751, 756).

O GENOGRAMA

O genograma foi desenvolvido na América do Norte, baseado no modelo do heredograma, e mostra graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares. Suas características básicas são: identificar a estrutura familiar e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer ⁽⁷⁵⁷⁾. Pode ser usado como fator educativo, permitindo às pessoas e às suas famílias compreender as repetições dos processos que vêm ocorrendo e como se repetem.

O genograma ou árvore de família é uma metodologia de coleta, armazenamento e processamento de informações que é construído por símbolos gráficos e outros símbolos como dia de nascimento, eventos significativos, nomes e condições de saúde. Na representação simbólica, as figuras geométricas são as pessoas e as linhas




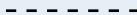

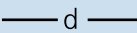


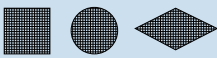

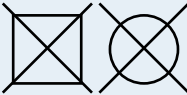

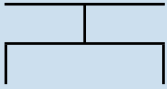

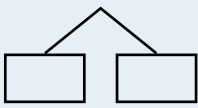


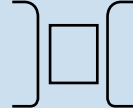
conectoras, as suas relações. A pessoa que ocupa papel central no genograma é, em geral, aquela que gerou o desenho desse instrumento e se torna estruturante do problema e da representação familiar ⁽⁷⁵⁷⁾.

O genograma deve captar informações sobre estilos de vida, condições de saúde, uso de medicamentos, dados culturais e econômicos que influenciam a dinâmica familiar, relações interpessoais, conflitos familiares e problemas de comunicação.

Os genogramas não necessitam ser realizados de forma rotineira com todas as pessoas porque são mais efetivos quando utilizados seletivamente. O genograma deve incluir: três gerações; os nomes de todos os membros da família; a idade ou ano de nascimento de todos os membros da família; todas as mortes, incluindo a idade em que ocorreu ou a data da morte e a causa; as doenças dos membros da família; a indicação dos membros da família que vivem juntos na mesma casa; as datas de casamentos e divórcios; uma lista dos primeiros nascimentos de cada família à esquerda, com irmãos sequencialmente à direita; um código explicando todos os símbolos utilizados; e símbolos selecionados por sua simplicidade e visibilidade máxima ⁽⁷⁵⁸⁾.

A Figura 17 mostra uma representação do genograma.

Figura 17: Símbolos de genograma

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA			
CLIENTE ENTREVISTADO		LIGAÇÃO SAGUÍNEA	
HOMEM		LIGAÇÃO NÃO SAGUÍNEA	
MULHER		LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ		LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO		LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO		SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS		LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS		ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS		ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	

Fonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (754)

O CICLO DE VIDA DAS FAMÍLIAS

Outra ferramenta da abordagem familiar é o ciclo de vida das famílias.

A família, em seu desenvolvimento, passa por ciclos de vida que são períodos previsíveis, de estabilidade e transição, de equilíbrio e adaptação, e por momentos de desequilíbrio que alavancam novos e mais complexos estágios que geram novas funções e capacidades. Esse movimento por ciclos estabelece reestruturações relacionais contínuas na busca de nova ordem familiar. Os ciclos são de casamento, de nascimento dos filhos, anos escolares e adolescência, formatura e início de trabalho ou continuação dos estudos, filhos que saem de casa, involução, aposentadoria e viuvez.

Os profissionais da ESF, entendendo essas transições, podem ajudar as famílias a prever e se preparar para elas, ao tempo em que ampliam os seus próprios entendimentos sobre o contexto em que se dão as experiências com as condições de saúde ⁽⁶⁸⁹⁾. Cada ciclo se caracteriza por demandas e necessidades peculiares ⁽⁷⁴⁷⁾.

O ciclo de vida das famílias divide a história das famílias em estágios de desenvolvimento, caracterizando papéis e tarefas específicas a cada um desses estágios. À semelhança das pessoas, as famílias desenvolvem-se por ciclos que se influenciam mutuamente no viver cotidiano. O entendimento desses ciclos e dos modos como interferem na saúde permite prever quando e como as condições de saúde podem emergir, o que possibilita um melhor entendimento dos sintomas dessas condições.

Duvall desenvolveu um esquema de oito estágios para o ciclo de vida das famílias definindo o número de anos esperado de permanência das famílias em cada estágio ⁽⁷⁵⁹⁾.

A ferramenta do ciclo de vida das famílias identifica, para cada estágio evolutivo das famílias, as tarefas a serem cumpridas pelos membros familiares e os tópicos de promoção da saúde familiar que podem ser implementados. É o que se mostra no Quadro 6.

Quadro 6: O ciclo de vida das famílias

ESTÁGIO DO CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA	TAREFAS A SEREM CUMPRIDAS	TÓPICOS DE PREVENÇÃO
Iniciando a vida a dois	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um relacionamento mutuamente satisfatório • Aumentar a autonomia em relação à família de origem e desenvolver novas relações familiares • Tomar decisões sobre filhos, educação e gravidez • Desenvolver novas amizades 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir a importância da comunicação • Fornecer informação sobre planejamento familiar
Famílias com filhos pequenos	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar-se e encorajar o desenvolvimento da criança • Estabelecer uma vida satisfatória para todos os membros • Reorganizar a unidade familiar de dois para três ou mais membros 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações • Envolver o pai na gestação e no parto • Discutir desenvolvimento infantil, papel dos pais e relacionamento pais e filhos • Encorajar um tempo para o casal • Discutir rivalidade entre irmãos • Discutir o sentimento de afastamento dos pais perante o surgimento dos filhos
Famílias com crianças pré-escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Prover espaço adequado para a família que cresce • Enfrentar os custos financeiros da vida familiar • Assumir o papel maduro apropriado à família que cresce • Manter uma satisfação mútua no papel de parceiros, parentes e comunidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar um tempo para o casal • Estimular o diálogo sobre a educação dos filhos • Fornecer informações sobre o desenvolvimento das crianças
Famílias com crianças em idade escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a transição da casa para a escola • Fazer face às crescentes demandas de tempo e dinheiro • Manter uma relação de casal 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações sobre o desenvolvimento de crianças em idade escolar • Monitorar o desempenho escolar e reforçar posições realísticas sobre expectativas de desempenho • Sugerir estratégias de manejo de tempo • Encorajar discussões sobre sexualidade com as crianças

ESTÁGIO DO CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA	TAREFAS A SEREM CUMPRIDAS	TÓPICOS DE PREVENÇÃO
Famílias com adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrar liberdade com responsabilidade à medida que os adolescentes vão adquirindo individualidade • Estabelecer fundamentos para atividades dos pais após a saída dos filhos 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer relações com os adolescentes que reflitam aumento da autonomia • Fornecer informações aos pais sobre desenvolvimento de adolescentes • Conversar com adolescentes sobre sexo e droga • Discutir com os adolescentes o estabelecimento de relações ao longo da vida
Casais de meia idade	<ul style="list-style-type: none"> • Prover conforto, saúde e bem estar enquanto casal • Planejar o futuro financeiro • Crescimento e significado do indivíduo e do casal • Serem avós 	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o casal a fazer planos de aposentadoria • Atividades de lazer, finanças e moradia • Independência dos filhos • Eleição vocacional • Tolerância à partida dos filhos • Explorar o papel dos avós • Discutir a sexualidade e os processos ligados ao envelhecimento
Famílias envelhecendo	<ul style="list-style-type: none"> • Tópicos de moradia e finanças • Integridade do ego • Saúde • Ficar mais tempo juntos • Enfrentar a vida sozinho 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir tópicos de saúde e de planejamento de longo prazo • Cuidar da saúde mental • Encorajar interesses individuais e compartilhados • Preparo para lidar com a perda do(a) companheiro(a)

Fonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais ⁽⁷⁵⁴⁾

No trânsito pelo ciclo vital, a família oscila entre períodos de estabilidade e de mudança, denominados de crises familiares que originam momentos de estresse devido a que a família requer uma adaptação em sua estrutura e em sua dinâmica. Quando essas crises são parte do ciclo vital das pessoas ou das famílias e possibilitam passar a uma nova etapa, são denominadas de crises normativas e é possível antecipar suas ocorrências. Quando essas crises não são previsíveis ou esperadas para a etapa do ciclo de vida se lhes denomina de crises não normativas ⁽⁷⁵¹⁾.

O F.I.R.O.

O F.I.R.O., acrônimo de *Fundamental Interpersonal Relations Orientation*, constitui uma teoria de relações interpessoais, desenvolvida por Schutz, em 1958, e que procura explicar as relações interpessoais de pequenos grupos ⁽⁷⁶⁰⁾.

A sustentação do F.I.R.O. faz-se por meio de um instrumento, denominado de FIRO-B, que contém seis escalas de nove itens de questões. O instrumento foi criado para medir ou monitorar como os membros do grupo sentem-se em relação à inclusão, ao controle e à intimidade ou para possibilitar dar *feedbacks* às pessoas nos grupos.

Um postulado do F.I.R.O. é o da necessidade interpessoal que é aquela que só pode ser satisfeita pelo alcance de uma relação satisfatória com outra pessoa. Essa teoria preconiza que as pessoas, colocadas em pequenos grupos, apresentam três necessidades de relações interpessoais: a inclusão, o controle e a intimidade ⁽⁷⁶²⁾.

A necessidade para inclusão é a necessidade de manter uma relação satisfatória com respeito à interação e à associação. Isso inclui uma interação confortável com as outras pessoas, a habilidade de se interessar pelos outros e de se sentir significativo e importante. A necessidade de inclusão manifesta-se nos esforços de uma pessoa para atrair atenção e interesse e criar uma identidade própria e singular.

A necessidade de controle é a necessidade de estabelecer e manter relações satisfatórias com pessoas a respeito da influência e do poder. Inclui um balanceamento entre controlar e ser controlado em relação aos outros, bem como a habilidade para respeitar e ser respeitado. Do ponto de vista pessoal, a necessidade de controle é o sentimento de competência e responsabilidade.

A necessidade de intimidade é a necessidade de estabelecer e manter relações afetivas e amorosas com as outras pessoas. Expressa uma necessidade de amar e ser amado e de se reconhecer como capaz de ser amado. Essa é uma necessidade que só pode se manifestar numa relação dual, ou seja, por pares de pessoas.

Em síntese, a necessidade de inclusão está associada primariamente, mas não exclusivamente, com a formação de relações, enquanto as necessidades de controle e intimidade se dão em relações já existentes.

Outro postulado do F.I.R.O. é do desenvolvimento do grupo. Por esse postulado, uma relação interpessoal entre duas ou mais pessoas sempre segue a mesma sequência, da inclusão, para o controle e para a intimidade. Contudo, as três fases não constituem estágios isolados, mas coexistem com a predominância relativa de um deles, em cada momento.

O F.I.R.O. foi desenvolvido, inicialmente, para grupos *ad hoc* que não incluíram grupos familiares. Posteriormente, foi adaptado para trabalhos com as famílias em

geral e com a saúde familiar em particular. Uma das mudanças determinadas pela adaptação à saúde das famílias foi trocar o termo afeição por intimidade ⁽⁷⁶⁰⁾.

O F.I.R.O. aplica-se às unidades familiares nas seguintes situações: quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões da inclusão, do controle e da intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto; quando a família sofre mudanças importantes ou ritos de passagem, como os descritos no Ciclo de Vida e faz-se necessário criar novos padrões de inclusão, de controle ou de intimidade; quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência ao desenvolvimento para o manejo de mudanças na família; quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento.

As necessidades interpessoais de inclusão, de controle e de intimidade apresentam características especiais nas unidades familiares ^(757, 761).

As necessidades de inclusão na família significam a extensão em que os membros são parte ou não da unidade familiar e de seus subsistemas. Quem está incluído ou excluído? Qual é o equilíbrio entre pertencimento e identidade particular? Como a família lida com a adição ou perda de membros? A inclusão relaciona-se à interação dentro da família para sua vinculação e organização, mostrando os que estão dentro e os que estão fora do contexto familiar. Há três subcategorias: a estrutura que aprofunda os conhecimentos da organização familiar e dos papéis dos indivíduos na família e nas gerações; a união que percebe a conectividade na interação entre os familiares procurando entender questões como comprometimento, educação e pertencimento; e os modos de compartilhamento que mostram a identidade grupal, os valores e os rituais familiares.

As necessidades de controle na família estão ligadas a temas como a responsabilidade, a disciplina, o poder, os mecanismos decisórios e as formas de negociação. Muitas vezes o controle está ligado a questões financeiras e a sistemas de privilégios. Essas interações podem variar de positivas a negativas, na dimensão afetiva, e de autocrática a democrática e a anárquica, na dimensão política. O controle às interações do exercício do poder dentro das famílias, envolve situações como: controle dominante, quando um exerce influência sobre todos os demais, caracterizando o controle unilateral; controle reativo, quando se estabelecem reações contrárias, ou seja, uma reação a uma influência que se quer tornar dominante; e controle colaborativo, quando se estabelece a divisão de influências entre os familiares.

As necessidades de intimidade na família estão ligadas a um contínuo em que, numa ponta cada membro desempenha seu papel formal, e noutra, as relações

entre membros são definidas por confiança e afeição, superando a relação formal. A intimidade se manifesta em relações de troca de sentimentos, de pensamentos e de desejos. A intimidade refere-se às interações familiares de compartilhamento de sentimentos entre os membros, ao desenvolvimento de atitudes de aproximação ou distanciamento entre os familiares, às exposições de vulnerabilidades e fortalezas.

Um elemento fundamental do F.I.R.O. na saúde familiar está na sequência em que as mudanças ou as transformações ocorrem. A inclusão é afetada antes que o controle e a intimidade, o que é importante no manejo dos problemas clínicos. Uma pessoa que não está segura de seu papel na família ou na sua participação nas decisões familiares não tem capacidade de compartilhar os seus sentimentos a respeito dessas situações ⁽⁷⁶²⁾.

O Boxe 9 mostra um protocolo de intervenções desenvolvido com base no F.I.R.O.

Boxe 9: Protocolo de intervenções com base no F.I.R.O.

ITENS DE INCLUSÃO (DENTRO OU FORA)

Desde que você soube da seriedade da doença:

Você sente que seu papel da família mudou?

O seu papel atual lhe causa algum transtorno?

Como você se sente em relação à forma como os outros membros da família estão desempenhando seus papéis?

ITENS DE CONTROLE (TOPO OU BASE)

Desde que você soube da seriedade da doença:

1. Você se sente suficientemente envolvido no processo decisório familiar?

2. Você sente que a família está lidando bem com o processo decisório? Há conflitos?

3. Você sente que você e sua família estão com o controle da situação?

ITENS DE INTIMIDADE (PERTO OU DISTANTE)

Desde que você soube da seriedade da doença:

1. Você se sente à vontade em compartilhar seus sentimentos com os outros membros da família?

2. Você tem relutância em compartilhar certas emoções com os outros membros da família?

3. Você está satisfeito com sua relação com o cônjuge? Com os pais? Com os irmãos?

Fonte: Librach, Talbot ⁽⁷⁶²⁾

Esse protocolo é muito útil em situações de condições agudas, de internações hospitalares ou no acompanhamento de condições crônicas que podem implicar negociações entre os membros familiares que podem levar a mudanças de papéis ⁽⁷⁵⁷⁾.

Uma situação de morte de uma pessoa implica um conjunto de atitudes por parte da equipe de saúde familiar, relativas à família, o que pode ter uma base forte no F.I.R.O. Especificamente, da parte da equipe da ESF, um conjunto de ações deve ser desenvolvido e envolvem: o conhecimento do sistema familiar; a aproximação com a família; a reunião com a família; o refinamento da escuta; a ajuda às famílias

para lidar com os temas da inclusão, do controle e da intimidade; o monitoramento regular da família; a preparação para o enfrentamento de crises; o acompanhamento da família no período de luto; a ajuda à família para a identificação de recursos que serão úteis no período de luto; e a preparação para, em certas circunstâncias, sentir-se incapaz de ajudar a família ⁽⁷⁶²⁾.

O P.R.A.C.T.I.C.E.

A expressão P.R.A.C.T.I.C.E. representa o acróstico mnemônico das palavras em inglês: *Problem, Roles and structures, Affect, Communication, Time in life, Illness in family, Coping with stress, Environment or ecology*. Essa ferramenta de abordagem familiar foi desenvolvida pela Universidade de McGill, de Toronto, Canadá.

O P.R.A.C.T.I.C.E. opera por meio de entrevistas familiares para fazer uma avaliação das famílias a partir da observação de que intervenções são mais adequadas a um caso específico. Esse modelo foi proposto para utilização em situações mais complexas. Centra-se na solução de problemas e permite uma aproximação com várias interfaces em que se encontram os problemas familiares. Ele fornece uma estrutura básica para organizar os dados colhidos da família, sem levar a um diagnóstico. O P.R.A.C.T.I.C.E. pode ser utilizado para assuntos de ordem médica, comportamental ou de relacionamentos ^(757, 763).

Várias informações necessárias para a utilização dessa ferramenta podem ser obtidas numa conferência familiar em que se coloca em discussão a percepção do problema. O preenchimento da ferramenta deve ser econômico, uma a três linhas são suficientes para registrar cada uma das oito áreas do modelo. Nem todas as áreas serão vistas em uma única intervenção ⁽⁷⁶³⁾.

O P.R.A.C.T.I.C.E. é utilizado na clínica para organizar e sistematizar a atenção à família com um enfoque sistêmico. O procedimento para a utilização dessa ferramenta consiste em anotar, de forma sequencial, cada uma de seus oito momentos ^(747, 751, 757, 763).

P: *Problem*: Problema atual

Constitui um sucinto relato da situação atual, envolvendo o diagnóstico e o prognóstico da enfermidade, os sintomas físicos e os problemas que foram gerados na família e os medos.

Esse momento ajuda à equipe da ESF entender o significado daquele problema, pondo sentido no motivo da queixa, na autopercepção e na procura do atendimento e a compreender como a família vê e enfrenta o problema.

Algumas informações não podem ser obtidas de forma muito rápida, mas enunciar o problema e sentir a reação da família é parte importante da entrevista. A equipe deve evitar proteger ou expor uma "vítima" da família, para o que é necessário ser cuidadosa e não tomar partido entre os seus membros.

Algumas questões podem ser úteis nesse momento: Qual é o problema? É uma enfermidade física? É um problema afetivo? O problema afetou toda a família ou apenas um membro? A família já tentou alguma solução?

R: Roles and structures: Papéis e estruturas

Faz-se uma análise dos papéis dos membros da família e de como o problema afetou ou poderá afetar a estrutura familiar. Esse momento explora mais profundamente os aspectos da identificação e do desempenho dos papéis de cada membro da família e analisa sua evolução frente a diferentes posicionamentos.

Algumas questões podem ser úteis nesse momento: Quem detém o poder? Qual o papel de cada membro da família diante do problema? Houve mudanças após a ocorrência do problema? Os pais são permissivos, autoritários ou negociadores? A família é unida ou desunida?

A: Affect: Afeto

Esse momento permite identificar os afetos presentes e esperados, desencadeados pelo problema na família. Aqui se reconhece como se manifestam as demonstrações de afeto entre os familiares e como essas relações afetivas podem interferir, de forma positiva ou negativa, no problema. Esse momento facilita observar as emoções reprimidas.

Algumas questões podem ser úteis nesse momento: O afeto é real ou socialmente aceitável? Houve expressão de afeto durante a abordagem?

C: Communication: Comunicação

Esse momento permite identificar os padrões de comunicação da família e como esse padrão se dá em relação ao problema. É importante estar atento às formas de comunicação verbal e não verbal.

A forma mais positiva de comunicação é a clara e direta, devendo-se encorajar esse tipo de comunicação. Não é desejável que um membro da família fale pelo outro.

T: Time in life: Etapa do ciclo de vida da família

Esse momento permite estabelecer a relação entre o problema e a etapa do ciclo de vida da família. Aqui se busca relacionar o problema com as tarefas esperadas do ciclo de vida da família, desempenhadas pelos seus membros, de modo a identificar as dificuldades. Nesse momento pode-se encontrar responsáveis pela enfermidade ou respostas para elas.

I: Illness in family: Enfermidades na família, anteriores e atuais

Esse momento procura identificar experiências prévias com outras enfermidades ou com enfermidade semelhantes à atual. Aqui se verifica a morbidade familiar e se valorizam as atitudes e os cuidados frente às situações vividas, numa perspectiva de longitudinalidade, contando com o suporte familiar.

Algumas perguntas podem ser úteis nesse momento: Qual o papel da família? Qual o significado da família? Existem outros casos? Quais as representações e expectativas sobre a enfermidade? Há um padrão genético?

C: Coping with stress: Lidando com o estresse

Nesse momento buscam-se analisar crises familiares anteriores para verificar os recursos internos utilizados, a flexibilidade e a coesão familiar.

A equipe da ESF deve identificar as forças familiares, identificar alternativas de enfrentamento do problema e intervir se a crise estiver fora de controle.

Algumas questões podem ser úteis nesse momento: Como a família lidou com as crises anteriores de doença e morte? Como a família lida com a crise atual? Quais são as forças e os recursos da família? Como a família mobiliza recursos internos e externos para lidar com o problema?

E: Environment or ecology: Meio ambiente ou ecologia

Esse momento procura identificar a rede social de apoio da família.

Algumas questões podem ser úteis nesse momento: Com o que e com quem a família pode contar? Que recursos a família tem para enfrentar o problema? Quais os relacionamentos externos que podem compensar fragilidades internas?

APGAR FAMILIAR

O APGAR familiar é, também, um acróstico mnemônico das palavras inglesas: A, *Adaptation*; P, *Partnership*; G, *Growth*; A, *Affection*; R, *Resolve*. É um instrumento desenvolvido por Smilkstein em 1978 ^(764, 765).

O APGAR reflete a satisfação de cada membro da família

O APGAR familiar é um questionário autoadministrado de cinco questões fechadas que deve refletir a satisfação de cada membro da família. Esse questionário permite observar a percepção de uma pessoa sobre o estado funcional de sua família. Ele dá uma visão rápida e panorâmica dos componentes da função familiar. Serve para diferentes tipos de famílias, é de fácil aplicação e interpretação e toma pouco tempo, em geral, menos de cinco minutos. Essa ferramenta tem um número reduzido de itens, a condição cultural do entrevistado não influencia os resultados e pode ser aplicado a partir dos dez anos de idade e toma pouco tempo, em geral, menos de cinco minutos. Observações de sua aplicação permitem verificar que existe boa coesão entre escores baixos e presença de problemas de relação na família ^(751, 764).

Esse instrumento não mede a funcionalidade familiar, apenas o grau de satisfação que apresenta a pessoa entrevistada com respeito ao funcionamento da família. Os diferentes índices de cada membro devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família.

O APGAR familiar avalia cinco áreas de funcionamento da família:

A: *Adaptation*: Adaptação

A capacidade de utilizar recursos intra e extra-familiares para solucionar problemas ou situações de crise.

P: *Partnership*: Participação

A capacidade de compartilhar os problemas e de comunicar-se para explorar possíveis soluções e a cooperação nas responsabilidades familiares e na tomada de decisões.

G: *Growth*: Crescimento

A capacidade de apoiar e assessorar nas distintas etapas do ciclo de vida da família, permitindo, a um tempo, a individuação e a separação dos seus membros.

A: *Affect*: Afetividade

A capacidade de experimentar carinho e preocupação pelos membros da família e de demonstrar emoções distintas como amor, pena ou raiva.

R: *Resolve*: Capacidade de resolução

A capacidade de instrumentalizar as áreas anteriores, entendida como compromisso de dedicar tempo e de atender a necessidades físicas e emocionais dos demais membros, muitas vezes associada ao compartilhamento de recursos financeiros e de espaço.

O Quadro 7 mostra o instrumento do APGAR familiar

Quadro 7: Questionário do APGAR familiar

QUESTÃO	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE
Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando.			
Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas			
Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida			
Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor			
Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos			

Fonte: Rocha, Nascimento, Lima ⁽⁷⁶⁶⁾

Cada questão se pontua de 0 a 2 em que 0 equivale a quase nunca, 1 a às vezes e 2 a quase sempre, obtendo-se na pontuação total, um valor de 0 a 10. Esses valores permitem definir as categorias de funcionalidade familiar:

- Famílias altamente funcionais: 7 a 10 pontos;
- Famílias moderadamente funcionais: 4 a 6 pontos;
- Famílias severamente disfuncionais: 0 a 3 pontos.

O instrumento APGAR familiar foi validado transculturalmente e aplicado, no Brasil, na avaliação funcional de famílias de pessoas idosas ⁽⁷⁶⁷⁾.

Os resultados obtidos por meio da percepção de uma pessoa não constitui o diagnóstico da família uma vez que cada membro tem uma visão singular do funcionamento de sua família. Contudo, sua análise permite comparar a percepção dessa pessoa com o APGAR de outros membros da família ⁽⁷⁵¹⁾.

OS MAPAS DE REDES

Rede social é um sistema composto por pessoas, funções e situações que oferece apoio material, moral e emocional à família em momentos de necessidades. A rede social de apoio é fundamental para as famílias, especialmente em momentos de problemas de saúde. As redes de apoio social podem ajudar a sustentar a família em várias dimensões: social, cultural, econômica, religiosa, educacional e de saúde. É importante identificar os relacionamentos externos da família que possam ajudar a superar as fragilidades de seu relacionamento interno nesses momentos de crise ⁽⁷⁴⁷⁾.

As redes sociais são um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e instituições capazes de ofertar ajuda ou apoio real e duradouro a pessoas e a famílias. Uma rede social típica inclui: uma área de parentes, a pessoa, o cônjuge, a família nuclear e um grupo extensivo de parentes; uma área de conhecidos e amigos, pessoas conhecidas, amigos, vizinhos e colegas de trabalho; e uma área de serviços de apoio, funcionários, membros da igreja, trabalhadores sociais, trabalhadores de saúde, movimentos sociais e organizações comunitárias ⁽⁷⁵¹⁾.

As redes sociais cumprem funções de apoio como ajuda e assistência por meio de relações sociais e transações interpessoais que se materializam em quatro modos de apoio: emocional: apoio, amor, confiança, cuidado; instrumental: prestação de serviços em caso de necessidade; informacional: conselhos, sugestões, informações que uma pessoa pode utilizar para solucionar seu problema; e avaliação: provisão de informações que podem ser úteis na autoavaliação como, por exemplo, críticas construtivas ⁽⁷⁵¹⁾.

As redes sociais são fundamentais para o incremento do capital social. O capital social é o conjunto de atributos que estão presentes numa sociedade como bens intangíveis que favorecem a confiança, a reciprocidade e a ação social em relação a

normas compartilhadas⁽⁷⁶⁸⁾. Há evidências de associações entre capital social e saúde, bem como de redes sociais e redução de morbimortalidade^(751, 769, 770, 771).

Por tudo isso, é importante fazer o mapa das redes sociais das famílias em atendimento pela ESF.

O FORTALECIMENTO DO AUTOCUIDADO APOIADO

Uma terceira mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF consiste em incentivar as ações de autocuidado apoiado que constitui um dos elementos essenciais do CCM. No Brasil, seja no SUS, seja no sistema privado de saúde suplementar, não há uma tradição de se trabalhar o autocuidado apoiado.

POR QUE O AUTOCUIDADO APOIADO?

As intervenções de autocuidado apoiado não prescindem de uma relação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, mas o foco principal está em apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde. É, por essa razão, que se chama de autocuidado apoiado porque não se trata de uma desresponsabilização dos profissionais de saúde na atenção, mas o apoio significativo para que as pessoas usuárias empoderem-se em relação à sua saúde.

As bases das relações entre a atenção profissional e o autocuidado apoiado estão no MPR. É o que se sinaliza na Figura 12 que retrata o MACC, com a linha transversal que vai desde o nível de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso. O que estiver acima dessa linha deve ser, principalmente, objeto da atenção profissional voltada para ações diretas da equipe de saúde; o que estiver abaixo dessa linha deve ser, especialmente, manejado por meio de intervenções de autocuidado apoiado.

Nas condições crônicas, opera-se com uma combinação entre cuidados profissionais e autocuidado apoiado que varia segundo a estratificação de risco da condição de saúde. Há evidências, provindas do MPR, de que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas, os de menores riscos, podem ter sua atenção à saúde centrada no autocuidado apoiado, prescindindo de uma atenção constante, focada na atenção profissional. Em geral, essas pessoas interagem com as equipes multiprofissionais da ESF, com forte ênfase em apoiar as pessoas a se autocuidarem e a consulta médica convencional não necessita de passar de uma por ano^(43, 284).

No Reino Unido, estima-se que 75% dos atendimentos de urgência são urgências menores das quais 15% poderiam ser resolvidas pelas próprias pessoas sem irem ao

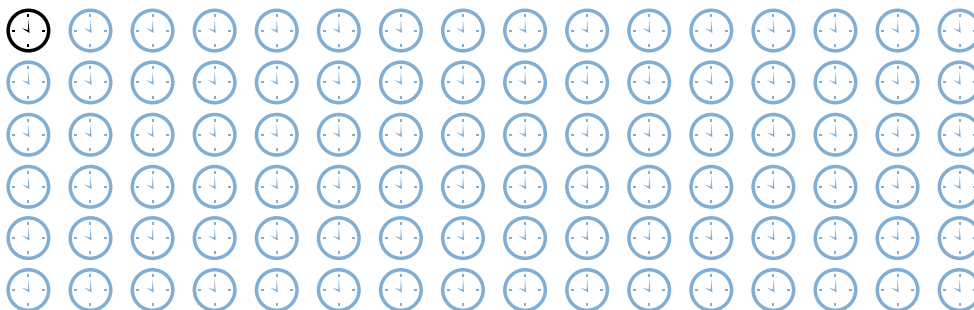
serviço de saúde ⁽³⁴⁸⁾. Estudos mostram que 80% dos sintomas médicos são auto-diagnosticados e autotratados e em função disso afirma-se que as pessoas usuárias são as verdadeiras prestadoras de cuidados primários para si mesmas e, por isso, não podem ser consideradas pacientes, mas agentes de sua saúde, nem consumidoras, mas provedoras de seus cuidados ⁽⁷⁷²⁾. É por essa razão que a Kaiser Permanente considera seus beneficiários como membros das equipes de APS ⁽²⁸⁶⁾.

O autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção, que os profissionais de saúde ⁽⁷⁷³⁾. É como afirma, com razão, um ex-Diretor do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, a respeito dos portadores de condições crônicas: "*Quando você deixa a clínica, você tem ainda uma condição crônica. Quando o enfermeiro deixa a sua casa, você tem ainda uma condição crônica. No meio da noite, você luta sozinho contra a dor. No fim de semana você lida com a condição crônica sem a ajuda de um profissional de saúde. Viver com uma condição crônica é muito mais que receber atenção médica ou de um profissional*" ⁽²⁸⁴⁾.

Há estudos que mostram que a atenção profissional aos portadores de condições crônicas consome poucas horas durante um ano. Por exemplo, na Inglaterra, uma pessoa portadora de diabetes apresenta uma média anual de 3 horas de atenção por profissionais de saúde, num total de 8.760 horas que compõem o ano ^(284, 774). Consequentemente, cada portador de diabetes relaciona-se diretamente com um profissional de saúde menos de um milésimo do total de horas de um ano. Em todo o tempo restante, que corresponde a 8.757 horas no ano, essa pessoa convive com seu diabetes, sem ajuda profissional.

Isso é representado na Figura 18, sendo o primeiro relógio, em negrito, o tempo do cuidado profissional, e os demais, o total de horas em que o portador convive com sua condição num ano, sem ajuda profissional direta ⁽⁷⁷⁵⁾.

Figura 18: Tempo do cuidado profissional na vida de um portador de condição crônica



Fonte: Ham, Parker, Singh, Wade ⁽⁷⁷⁵⁾

Para analisar o enfrentamento das doenças crônicas, tem sido proposta uma matriz que se articula pelo cruzamento, em dois eixos, de duas variáveis: a motivação para aderir à melhor terapia conhecida que varia de fraca (consequências são tardias) a forte (consequências são imediatas); e o grau em que é necessária a mudança do comportamento da pessoa portadora da doença que varia de mínimo a máximo ⁽²⁷⁾. O eixo vertical mede a motivação dos portadores de doenças crônicas em evitar as complicações ou sintomas de sua doença mediante a adesão à terapia. Essa motivação é despertada pela intensidade e pela urgência com que essas pessoas sentem as complicações. As pessoas com motivação fraca tendem a adiar a adesão às mudanças, por exemplo, nos casos de obesidade ou sobrepeso, em que as consequências são de longo prazo. A mudança alimentar sempre fica para a próxima semana. Ao contrário, pessoas portadoras de dores lombares tendem a ter uma motivação forte porque se não aderirem ao tratamento as dores são imediatas e fortes. O eixo horizontal mede o grau de importância da mudança comportamental. Isso varia de uma posição polar em que o único que se pede ao portador da doença crônica é que tome pílulas (grau mínimo de necessidade de mudança de comportamento), mas há outras doenças, como o diabetes, denominadas doenças dependentes do comportamento, que exigem das pessoas um alto grau de mudanças que envolvem perda de peso, exercício físico, alimentação saudável e vigilância contínua dos sintomas, além de tomar regularmente os medicamentos. As ações de autocuidado apoiado, ainda que sejam necessárias para todas as condições crônicas, aplicam-se, com maior força, às pessoas portadoras de condições com maiores graus de necessidade de mudança comportamental.

O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o

que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas ⁽⁷³⁹⁾.

Uma premissa do autocuidado apoiado é que as pessoas querem viver mais e mais saudavelmente mesmo que, nem sempre, façam o melhor para elas ou consigam fazer as mudanças recomendadas pela equipe de saúde. A principal razão para essa brecha entre o querer e o fazer está no fato de que as pessoas encontram barreiras que não conseguem ultrapassar para se tornarem mais saudáveis. Algumas barreiras são práticas, como falta de tempo ou de dinheiro para mudar a alimentação, e outras são emocionais e atitudinais como um quadro depressivo, a ambivalência ou a falta de confiança na capacidade de mudar ⁽⁷⁷³⁾.

Para se tornarem autocuidadoras as pessoas necessitam ter uma compreensão da condição crônica que querem prevenir ou melhorar e automotivação para aderirem a comportamentos saudáveis. Ou seja, bons autocuidadores são pessoas informadas e proativas. Por isso, o autocuidado apoiado envolve duas atividades interrelacionadas: prover informações sobre a prevenção e o manejo da condição crônica; e ajudar as pessoas a tornarem-se proativas na prevenção e no gerenciamento da condição crônica. Algumas pessoas tornam-se boas autocuidadoras, independentemente da equipe de saúde; outras nunca conseguem se autocuidar, mesmo com ajuda de uma equipe de saúde; outras, a maioria, tornam-se melhores autocuidadoras se recebem o apoio regular e de qualidade de uma equipe de saúde ⁽¹⁵⁵⁾.

Os principais objetivos do autocuidado apoiado são gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer o seu problema; para decidir e escolher seu tratamento; para adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças; e para superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde.

Para que o autocuidado se dê com efetividade, o portador da condição crônica deve ter o apoio de família, dos amigos, das organizações comunitárias e, muito especialmente, da equipe multiprofissional da ESF. Os apoiadores mais próximos são a família, os cuidadores e os amigos. Depois, os recursos comunitários como a igreja, a escola, o clube, a associação de portadores de condições crônicas, a biblioteca local, as redes de suporte social na Internet etc. E, certamente, a equipe da ESF.

As intervenções para apoiar as pessoas para melhorar sua saúde e para gerenciar sua condição de saúde requerem um conjunto de estratégias que variam com o nível de conhecimento, as crenças sobre a condição de saúde, as atitudes frente às mudanças, o grau de importância, o nível de confiança, a robustez das redes de suporte social e o nível de motivação.

Parte significativa das intervenções de autocuidado apoiado está baseada em uma ou mais teorias do comportamento humano. Essas teorias foram mencionadas na discussão sobre as intervenções de prevenção das condições de saúde (MTT, EM e GO).

As pessoas, para se autocuidarem, necessitam de um conjunto de conhecimentos e habilidades que envolvem a solução de problemas, o planejamento de um plano de cuidado, o manejo dos sintomas, a utilização dos recursos de suporte ao autocuidado e a relação de parceria com a equipe de saúde ⁽³⁴⁹⁾.

As formas como as pessoas se colocam frente a uma condição crônica variam de uma atitude ativa e de convivência com suas restrições a uma forma mais reativa ou de redução de sua sociabilidade, muitas vezes colocando sua condição de saúde como o centro de sua vida. A diferença entre essas posturas diante da ocorrência de uma condição crônica não é determinada pela condição em si, mas pelo modo como as pessoas são capazes de manejá-la. A expressão decisão é central nas condições crônicas porque o autocuidado apoiado constitui, sempre, uma decisão entre ajudar-se ou não fazer nada.

A decisão pelo autocuidado apoiado implica uma pessoa: decidir sobre as metas que deseja atingir; construir alternativas para atingir essas metas; elaborar um plano de ação para chegar a essas metas; implantar o plano de ação; monitorar os resultados; fazer mudanças quando necessárias; e celebrar as metas realizadas.

O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: a informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado e o apoio material para o autocuidado ^(6, 773).

A educação para o autocuidado é realizada, em geral, pelas equipes da ESF ou por pares, e objetiva que as pessoas conheçam mais profundamente suas condições crônicas de saúde para gerenciá-las melhor. Em relação às pessoas leigas, como facilitadoras da educação para o autocuidado, observou-se que elas funcionam muito bem. Mas pesquisas indicaram que vários profissionais da APS obtiveram, também, bons resultados como facilitadores de atividades educativas de autocuidado, como os enfermeiros ^(777, 778, 779, 780); os farmacêuticos ⁽⁷⁸¹⁾, os educadores em saúde ⁽⁷⁸²⁾ e as equipes multiprofissionais da APS ^(783, 784).

Outros estudos mostraram que as ações educativas providas por profissionais de saúde e por pessoas portadoras de condições crônicas são, ambas, efetivas e quando comparadas entre si não indicam diferenças nos resultados obtidos ^(785, 786, 787, 789). É interessante salientar que os facilitadores-pares apresentaram melhoras nas suas condições crônicas após as atividades educativas em que atuaram ^(790, 791, 792).

Têm sido ofertados, também, cursos para preparar cuidadores dos portadores de condições crônicas e esses cuidadores relataram, ao final dos cursos, que eles adquiriram maior motivação e confiança⁽⁷⁹³⁾. Esses programas objetivam preparar os cuidadores para exercitarem habilidades em expressar empatia, reforçar as escolhas do portador de condição crônica e ajudar na solução dos problemas.

As atividades educacionais para o autocuidado podem ser dirigidas a pessoas com uma mesma condição crônica ou a portadores de diferentes condições crônicas. Algumas experiências se fazem como cursos que duram, normalmente, seis semanas, em sessões de duas horas e meia, com grupos de oito a dezesseis participantes. Os tópicos desenvolvidos englobam como quebrar o ciclo dos sintomas, alimentação, exercícios, comunicações, manejo da dor e medicação⁽⁷⁹⁴⁾.

O Boxe 10 descreve o curso para o autocuidado desenvolvido, no Reino Unido, para portadores de artrite.

Boxe 10: Curso para o autocuidado da artrite

O curso objetiva capacitar pessoas adultas para gerenciarem suas vidas de forma mais efetiva e para se autocuidarem.

O curso desenvolve-se em seis sessões educacionais de duas horas e meia, com os seguintes conteúdos: os mitos a respeito da artrite; as técnicas de relaxamento; os programas de exercícios; a comunicação com a equipe de saúde; e o que as pessoas podem fazer para si mesmas em relação à artrite.

O curso envolve diferentes atividades educacionais como sessões de discussão, de tempestade cerebral e de breves exposições pelos facilitadores. Essas atividades são conduzidas por dois facilitadores.

Os participantes recebem materiais educacionais escritos, em *tapes* ou em *videotapes*.

Ao final de cada sessão, os participantes devem elaborar um plano de autocuidado semanal.

Fonte: Singh⁽⁷⁹³⁾

Essas atividades educacionais para o autocuidado das condições crônicas foram desenvolvidas, inicialmente, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford, nos Estados Unidos⁽⁷⁹⁵⁾, mas se disseminaram pelo mundo. Há evidências de que essas atividades educacionais para o autocuidado são efetivas em diferentes países: na Austrália⁽⁷⁹⁶⁾; no Canadá⁽⁷⁹⁷⁾; na China^(43, 788, 798); na Espanha^(799, 800); nos Estados Unidos^(795, 801); em Hong Kong⁽⁸⁰²⁾; na Índia⁽⁸⁰³⁾; na Noruega⁽⁸⁰⁴⁾; na Nova Zelândia⁽⁸⁰⁵⁾; no Reino Unido⁽⁷⁹⁴⁾; e em Taiwan⁽⁸⁰⁶⁾.

No autocuidado apoiado é fundamental resgatar a atenção colaborativa entre a equipe da ESF e as pessoas usuárias. Portanto, há que se mover de um paradigma

de interações tradicionais para um paradigma de interações colaborativas, conforme se mostra no Quadro 8.

Quadro 8: Os paradigmas tradicional e colaborativo no autocuidado apoiado

PARADIGMA TRADICIONAL	PARADIGMA COLABORATIVO
As informações e as habilidades de treinamento são dadas com base nas agendas dos profissionais de saúde	As informações e as habilidades de treinamento são dadas com base nas agendas das pessoas usuárias
Há uma crença de que o conhecimento é suficiente para a mudança de comportamento	Há a crença de que a autoeficácia da pessoa usuária promove a mudança
As metas são definidas segundo a orientação dos profissionais de saúde	As metas promovem o incremento da autoeficácia e não são definidas pela orientação dos profissionais de saúde
As decisões são tomadas pelos profissionais de saúde	As decisões são compartilhadas pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias
A mudança é feita por motivação externa induzida pelos profissionais de saúde	A mudança é feita pela motivação interna das pessoas usuárias
Os problemas são identificados pelos profissionais de saúde	Os problemas são identificados pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias de forma colaborativa
Os profissionais de saúde resolvem os problemas das pessoas usuárias	Os profissionais de saúde capacitam as pessoas usuárias nas técnicas de solução de problemas e as apoiam na solução

Fontes: Bodenheimer, Grumbach ⁽¹⁵⁵⁾; Bodenheimer, Lorig, Holman, Grumbach ⁽⁶³⁹⁾

A METODOLOGIA DOS 5 AS

O autocuidado tem sido sustentado por uma metodologia originalmente desenvolvida pelo *National Cancer Institute*, em 1989, para ser utilizada com pessoas tabagistas. Sofreu modificações ao longo do tempo até se tornar conhecida como a metodologia dos 5 As: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento (em inglês, *assess, advise, agree, assist* e *arrange*). Os cinco As estão fortemente interrelacionados e um bom sistema de autocuidado apoiado se beneficia mais quando os utiliza em conjunto. O *US Preventive Services Task Force* adotou a metodologia dos cinco As como um construto unificador para intervenções relativas a comportamentos saudáveis ⁽⁸⁰⁷⁾.

A AVALIAÇÃO

A avaliação consiste no entendimento das crenças e valores, dos conhecimentos e dos comportamentos das pessoas usuárias nas áreas sanitárias e motivacionais. Na área sanitária há que se entender o problema da pessoa: que condição crônica ela tem, qual a severidade dessa condição, qual a capacidade dessa pessoa se autocuidar e o que ela sabe sobre essa condição de saúde. O componente emocional envolve a compreensão do desejo de mudar os comportamentos de saúde e a identificação das barreiras para atingir esse objetivo. As tecnologias relativas às mudanças de comportamento encontram, aqui, um campo fértil para sua utilização. A avaliação da motivação permite estabelecer a prontidão para a mudança.

O ACONSELHAMENTO

O aconselhamento consiste na transmissão de informações específicas sobre os riscos e os benefícios das mudanças por meio da educação em saúde e de treinamento de habilidades. O aconselhamento está conectado com o componente da importância que a pessoa dá a uma mudança comportamental.

Informações ajudam as pessoas a valorizar a importância de mudar seus comportamentos e a aumentar a motivação. Um estudo demonstrou que 76% dos portadores de diabetes tipo 2 não tinham informações adequadas sobre essa condição de saúde ⁽⁸⁰⁸⁾. Além disso, muitos portadores de diabetes aprendem a checar a glicemia, mas não compreendem o significado dos números obtidos na medida.

Há que se ter em mente que, nem sempre, a quantidade de informação é muito relevante. A página da *American Diabetes Association* tinha 26 domínios de conhecimentos e de aquisição de habilidades para portadores da doença e há quem afirme que se movimentar por esse material informativo, totalmente estruturado, traz mais confusão que informação significativa ⁽¹⁵⁵⁾.

Perguntar às pessoas, especialmente aos adultos, antes de informar, o que elas desejam saber é fundamental para se iniciar um processo de ensino-aprendizagem eficaz, vez que adultos só aprendem o que lhes é significativo.

Uma forma correta de informar consiste em utilizar a técnica de perguntar-informar-perguntar. Por exemplo, ao diagnosticar o diabetes o médico pergunta "o que você gostaria de saber sobre diabetes?" Após receber a resposta da pessoa, o médico dá as informações e volta a perguntar se ela entendeu o que ele disse e que informações adicionais gostaria de receber.

O Boxe 11 exemplifica um diálogo clínico perguntar-informar-perguntar.

Boxe 11: Um diálogo clínico perguntar-informar-perguntar

Médico: Acabo de checar seu exame de sangue e devo lhe dizer algo importante: Você está com diabetes

Pessoa usuária: Diabetes? Meu Deus!

Médico: Você sabe o que é diabetes? (pergunta)

Pessoa usuária: Eu conheci alguém que teve diabetes, seu açúcar no sangue subiu muito e ela entrou em coma e morreu.

Médico: O coma é muito raro no seu tipo de diabetes.

Pessoa usuária: Outra pessoa que conheço teve de amputar seu pé. E teve problemas de visão.

Médico: Essas coisas podem ocorrer no diabetes, mas elas podem ser prevenidas. Diga-me: o que você gostaria de saber sobre o diabetes? (pergunta)

Pessoa usuária: Eu gostaria de saber como não ter o pé amputado.

Médico: Então vamos falar sobre como prevenir as complicações sérias do diabetes.

Pessoa usuária: Comece.

(O médico gasta algum tempo informando a pessoa sobre as complicações do diabetes (informar).

Médico: Na próxima consulta vou lhe perguntar sobre o que você se lembra dessa nossa discussão. Alguma coisa que gostaria de fazer em nosso próximo encontro?

Fonte: Adaptado de Bodenheimer, MacGregor, Sharifi (809)

É importante, também, fechar o ciclo de informação (fechamento do laço), perguntando à pessoa usuária se ela entendeu o que foi informado. Isso é importante porque metade das pessoas não consegue compreender as informações passadas pela equipe de saúde. Há evidência de que esse fechamento do ciclo da informação melhora a compreensão das pessoas usuárias e os resultados na atenção aos portadores de diabetes.

O Boxe 12 relata um diálogo clínico de fechamento do laço.

Boxe 12: O fechamento do laço num diálogo clínico

Profissional de saúde: Nós concordamos que será importante para você fazer três coisas para controlar o diabetes: melhorar a dieta, fazer exercícios físicos e tomar a medicação. Para eu saber se isso ficou claro para você, pode me repetir?

Pessoa usuária: Sim, comer menos e melhor, fazer caminhadas e tomar os medicamentos de forma correta.

Profissional de saúde: Isso mesmo, muito bem.

Fonte: Adaptado de Bodenheimer, MacGregor, Sharifi (809)

No aconselhamento é importante treinar as habilidades de automonitoramento como parte do processo de informação. Um bom treinamento em automonitoramento coloca a pessoa com capacidade de se autorregular: por exemplo, se a glicemia é alta na manhã e baixa no final da tarde, a pessoa deve saber autoajustar a medicação, os exercícios físicos e a alimentação.

A informação é necessária, mas não suficiente, para melhorar os resultados clínicos das condições crônicas e para mudar comportamentos^(809, 810). Por isso, é necessário que se desenvolvam os outros três As.

O ACORDO

O acordo consiste na elaboração conjunta do plano de autocuidado baseado nas prioridades, convicções e confiança para mudar das pessoas. De nada adiantam as estratégias tradicionais de dizer para as pessoas que elas devem parar de fumar ou devem andar 30 minutos por dia. Há que se mudar isso por meio de uma relação colaborativa entre os profissionais de saúde e as pessoas, a partir das motivações internas dessas pessoas.

No paradigma colaborativo, as mudanças de comportamento são decisões que devem ser feitas pelas pessoas, porque se as pessoas não querem fazer uma coisa elas não a farão. A agenda compartilhada no projeto terapêutico, resulta de um pacto entre o profissional de saúde e a pessoa, mas essa tem a última palavra. Nesse processo, há uma questão-chave, conhecida como a pergunta de Kate Lorig, uma *expert* internacional em autocuidado apoiado: "Há alguma coisa que você gostaria de fazer essa semana para melhorar sua saúde? Essa questão permite à pessoa escolher a alternativa de mudança para a qual se sente motivada e constitui a base de um acordo sobre o autocuidado. É o que se mostra no Boxe 13.

Boxe 13: Um diálogo colaborativo na construção de um plano de autocuidado

Profissional de saúde: Há alguma coisa que você gostaria de fazer essa semana para melhorar sua saúde?

Pessoa usuária: Eu sei que estou comendo exageradamente, mas não posso mudar isso agora. Talvez eu possa cortar o pão e fazer mais exercícios. Aqui, a pessoa fez um exercício geral de fixação de metas, mas que não é concreto, nem medível.

Profissional de saúde: Você gostaria de fazer um plano de ação para alcançar suas metas?

Pessoa usuária: Prometo caminhar três quilômetros por dia.

Profissional de saúde: Quão seguro você está que poderá passar de nenhum exercício para três quilômetros por dia? Num intervalo de 0 a 10, o que você escolhe?

Pessoa usuária: Escolho 2.

Profissional de saúde: Compreendendo que o sucesso é mais importante que a quantidade de exercício, sugere fazer um plano de ação com metas mais factíveis.

Pessoa usuária: Posso caminhar quinze minutos três vezes por semana.

Profissional de saúde: Está bem assim. No próximo mês nos vemos e vamos ver como o plano de ação está ocorrendo.

Fonte: Adaptado de Bodenheimer, MacGregor, Sharifj ⁽⁸⁰⁹⁾

O acordo faz-se sobre as metas e sobre as ações do plano de cuidado. As metas são definidas em termos de resultados clínicos como reduzir a hemoglobina glicada ou perder cinco quilos. Diferentemente, o plano de ação faz-se sobre comportamentos concretos que levem à meta como, por exemplo, caminhar vinte e cinco minutos três vezes por semana ou reduzir o consumo de doces para duas porções semanais.

O acordo está sustentado pelo grau de confiança da pessoa em cumprir as ações.

O conceito básico para o acordo que leva à definição de metas e ao plano de ações é o de autoeficácia que expressa o grau de confiança de uma pessoa em mudar comportamentos para chegar aos objetivos desejados. Há evidência de que a autoeficácia associa-se com comportamentos saudáveis ⁽⁸¹¹⁾.

Os objetivos do plano de autocuidado apoiado são: identificar as mudanças que devem ser realizadas; descrever o quê, onde, quando, quanto e com que frequência as mudanças ocorrerão; identificar e listar as barreiras a essas mudanças e identificar e listar as estratégias de superação dessas barreiras; avaliar o grau de confiança das pessoas em cumprir as metas; e documentar e monitorar essas metas.

Há estudos que demonstram que metas específicas levam a melhores resultados que metas gerais como "fazer o melhor". Por outro lado, metas e ações de curto prazo levam a melhores resultados que metas e ações de longo prazo porque estimulam as pessoas e aumentam a autoeficácia.

Uma forma efetiva de elaborar o plano de ações é por meio de entrevista motivacional, tal como se mostra no Boxe 5.

O apoio da equipe da equipe da ESF e/ou de familiares e amigos pode ajudar na construção do plano de ações. Decidir o que fazer pode ser a parte mais difícil e exige realismo e especificidade por parte do autocuidador. Para atingir as metas é fundamental elaborar alternativas e, para isso, é preciso elaborar uma lista delas e escolher as mais viáveis. A elaboração do plano de autocuidado deve ser feita a partir de planos de ações de curto prazo, por exemplo, planos semanais. Ele deve conter ações específicas que podem ser realmente cumpridas no tempo definido. As ações do plano devem corresponder ao que as pessoas desejam e podem fazer de forma sistemática. As ações devem estar referidas a comportamentos específicos; portanto, não se vai planejar relaxar naquela semana, a meta, mas ouvir todos os dias os *tapes* de relaxamento, as ações; ou, não se vai planejar perder um quilo, mas eliminar a comida depois do jantar.

O plano de ações deve conter o que fazer, onde fazer, quanto fazer, quando fazer e com que frequência. Por exemplo, o quê: caminhar; onde: no quarteirão; quanto; quinze minutos por dia; quando, no início da manhã; e com que frequência, todos os dias. É fundamental que o plano de ação contenha o grau de confiança da pessoa em cumpri-lo. Para isso, a pessoa deve fazer-se a seguinte questão: numa escala de 0 a 10, sendo 0 totalmente não confiante e 10 totalmente confiante, quão certa está de que cumprirá aquele plano de ação. Um escore de 7 ou mais significa que o plano é realista e deverá ser cumprido. Se o resultado for inferior a 7 o plano deve ser refeito com metas menos ambiciosas. O plano deve ser escrito e colocado num lugar visível para ser consultado todos os dias como, por exemplo, na porta da geladeira.

O Boxe 14 apresenta um formulário para elaboração e monitoramento do plano de autocuidado apoiado.

Boxe 14: Um exemplo de plano de autocuidado apoiado

Nome _____ Data _____

1. Meta: O quê? Onde? Quanto? Quando? Com que frequência?

Exemplo: Essa semana irei caminhar na Praça JK, durante 30 minutos, após o café da manhã, todos os dias.

2. As principais barreiras para alcançar essa meta são: _____

3. As ações que posso fazer para superar essas barreiras são: _____

4. Meu grau de confiança em alcançar a meta é (de 0, totalmente sem confiança, a 10, totalmente confiante) _____

5. Monitoramento

DIA	CHECKLIST	COMENTÁRIOS
Segunda-feira		
Terça-feira		
Quarta-feira		
Quinta-feira		
Sexta-feira		
Sábado		
Domingo		

Fonte: Adaptado de Lorig, Holman, Sobel, González, Minor ⁽⁶⁾

Estudos demonstram que a elaboração de um plano de autocuidado com definição de metas e ações está associada a comportamentos saudáveis e a melhores resultados clínicos ⁽⁸¹²⁾. A *American Diabetes Association*, a *American Association of Diabetes Educators* e a *American Heart Association* recomendam a definição de metas como um componente da redução de risco cardiovascular ⁽¹⁵⁵⁾.

A ASSISTÊNCIA

A assistência consiste em ações dos profissionais de saúde que permitam identificar as barreiras à mudança, aumentar a motivação das pessoas usuárias, aperfeiçoar as

habilidades de autoajuda e assegurar às pessoas usuárias o suporte necessário para as mudanças comportamentais.

A assistência envolve: ensinar habilidades de auto-monitoramento; realizar entrevista motivacional para encorajar o envolvimento e a ativação das pessoas; rever as metas e elaborar conjuntamente o plano de ações; ensinar habilidades de solução de problemas; e oferecer habilidades de conviver com dor, dificuldades respiratórias, restrições funcionais, ansiedade, depressão etc ⁽¹⁵⁵⁾.

A assistência deve ser provida antes e/ou depois da definição das metas e dos planos de ações.

Os profissionais de saúde, na identificação das barreiras às mudanças utilizando-se da entrevista motivacional, não devem tentar convencer as pessoas a assumirem comportamentos saudáveis porque a maioria delas são ambivalentes entre mudar e não mudar ⁽⁷¹⁹⁾. O argumento da mudança deve ser levantado pelas pessoas usuárias quando mencionam que comportamentos desejam mudar.

Frequentemente, os planos de ações se defrontam com obstáculos fortes. Nesses momentos, os profissionais de saúde devem assistir às pessoas na utilização da tecnologia de solução de problemas.

O Boxe 15 relata uma situação de assistência após o plano de autocuidado, inspirada numa situação hipotética ⁽¹⁵⁵⁾.

Boxe 15: A assistência após o plano de autocuidado

Quando a enfermeira Isabel telefonou para o Sr. Jorge na semana seguinte à elaboração do plano de autocuidado que envolvia mudança alimentar, ela o encontrou desencorajado. Ele concordou que sanduíches não eram alimentos muito saudáveis, comidos todos os dias, mas descreveu uma situação familiar que poderia tornar impossível preparar uma comida alternativa em casa. A enfermeira Isabel ajudou o Sr. Jorge a solucionar o problema perguntando: "Você tem alguma ideia de como substituir o sanduíche no almoço que não seja trazer um lanche de casa?" Ele respondeu que poderia ser possível ir a um restaurante a cinco blocos do trabalho em que se servem saladas, sanduíches de baixa caloria e sopas. Ele concordou com essa sugestão e um novo plano de ação foi feito para comer, todos os dias, esses alimentos mais saudáveis no restaurante. O que tinha a vantagem de agregar uma caminhada diária até o restaurante.

Há evidência de que a assistência, adequadamente realizada, associa-se com melhoria do controle glicêmico em portadores de diabetes ⁽⁸¹³⁾ e em controle da pressão arterial em portadores de hipertensão ⁽⁸¹⁴⁾.

O ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento consiste na elaboração e execução conjunta de um sistema de monitoramento.

O autocuidado apoiado não é uma atividade de curto prazo; ao contrário, exige um acompanhamento regular e sistemático por muito tempo. O acompanhamento pode ser feito de várias formas, dependendo das condições objetivas do sistema de atenção à saúde e das preferências das pessoas: visitas regulares aos serviços, telefone, correio eletrônico, grupos de pares ou recursos comunitários.

O acompanhamento pode ser feito por grupos de pares, com presença de várias pessoas, ou por grupos de duas pessoas usuárias. Uma forma muito comum é a do acompanhamento telefônico. Uma experiência de acompanhamento telefônico é a do Centro de Acompanhamento de Enfermidades Crônicas do Instituto Catalão de Saúde, em Barcelona, Espanha, em que enfermeiros, devidamente capacitados, atuam dando suporte assistencial à distância e empoderando as pessoas para o autocuidado de suas doenças. O acompanhamento é feito, em média, a cada dois meses. À medida em que as pessoas adquirem conhecimentos de habilidades para o autocuidado, as chamadas telefônicas vão se espaçando. Os resultados obtidos em 1.300 pessoas usuárias são positivos, em termos de adesão aos medicamentos, melhoria dos padrões alimentares, controle de peso e nível de autocuidado ⁽⁸¹⁵⁾.

No final de cada semana o plano deve ser revisto. Isso permite adequar o plano às possibilidades reais da pessoa. Para isso, devem-se utilizar métodos de solução de problemas: identificar o problema, listar as alternativas para solucioná-lo, escolher as alternativas mais viáveis, monitorar os resultados e, em algumas circunstâncias, aceitar a ideia de que o problema não pode ser solucionado nesse momento. Por fim, a pessoa deve celebrar seus sucessos, o que pode ser feito por autoincentivos que são coisas agradáveis ou pequenos presentes que se autopropiciam após atingir as metas ⁽⁶⁾.

Há evidências de que o acompanhamento regular melhora os índices glicêmicos dos portadores de diabetes ^(816, 817) e melhora o controle da hipertensão ⁽⁸¹⁸⁾.

A metodologia dos 5 As está representada na Figura 19.

Figura 19: A metodologia dos 5 As no autocuidado apoiado



Fonte: Witlock, Orleans, Pender, Allan ⁽⁸¹⁹⁾

O Quadro 9 oferece uma lista de ações que as equipes da ESF devem fazer em cada um dos As.

Quadro 9: Ações principais das equipes da ESF na metodologia dos 5 As

TIPO DE A	AÇÕES
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento da pessoa sobre sua condição de saúde. • Perguntar à pessoa o que é mais importante para ela, no momento, no autocuidado. • Perguntar à pessoa quais são as barreiras ao autocuidado. • Avaliar a importância e o grau de confiança da pessoa para o autocuidado.
Aconselhamento	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a pessoa sobre os seus sintomas e os resultados dos exames complementares reconhecendo a sua singularidade cultural. • Informar a pessoa que as mudanças comportamentais são tão importantes quanto tomar medicamentos. • Informar quais são as evidências sobre as mudanças de comportamento na saúde. • Compartilhar as diretrizes clínicas baseadas em evidência para encorajar a pessoa a participar no tratamento.
Acordo	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer, de forma compartilhada com a pessoa, uma meta específica para o autocuidado. • Prover possíveis opções para a definição da meta de autocuidado. • Estimular a pessoa a buscar a ajuda de parentes e amigos para a definição da meta. • Discutir benefícios e riscos referentes a possíveis metas. • Estabelecer de forma compartilhada o plano de ações para alcançar a meta definida. • Estabelecer, em conjunto, o grau de confiança da pessoa em alcançar a meta.
Assistência	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a pessoa a identificar possíveis barreiras para atingir a meta. • Discutir com a pessoa o plano de autocuidado. • Encaminhar a pessoa a um grupo ou a um curso sobre autocuidado apoiado. • Identificar com a pessoa possíveis recursos existentes na família e na comunidade que possa dar suporte ao autocuidado. • Prestar serviços que sejam adequados à cultura da pessoa. • Nos encontros de monitoramento, fazer a revisão de progresso do plano de autocuidado, renegociar meta e rever plano de ações.
Acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> • Dar à pessoa uma cópia, por escrito, do plano de autocuidado. • Monitorar, à distância, por telefone ou correio, o plano de autocuidado. • Interferir para que a pessoa possa utilizar os recursos comunitários importantes no seu autocuidado.

Fonte: Witlock, Orleans, Pender, Allan ⁽⁸¹⁹⁾

Kanaan ⁽⁸²⁰⁾ propõe uma autoavaliação trimestral que pode ser usada pela equipe da ESF para o autocuidado apoiado, formulando as seguintes questões: Qual o grau de satisfação das pessoas usuárias com a forma como a equipe está apoiando as pessoas usuárias no seu autocuidado? Qual o grau de satisfação da equipe em relação ao envolvimento das pessoas usuárias em seu autocuidado? Qual o grau de satisfação da equipe em relação à avaliação padronizada dos planos de autocuidado?

Qual o grau de satisfação da equipe de que as ações de autocuidado apoiado estão produzindo melhores resultados clínicos?

Há, também, propostas de autoavaliação do autocuidado na perspectiva das pessoas usuárias. É importante dispor de instrumentos validados para medir o grau de autocuidado das pessoas usuárias que permitam avaliar tanto o grau inicial como sua evolução temporal. Um exemplo é a Escala Europeia de Autocuidado em Insuficiência Cardíaca, desenvolvido e validado em 442 pessoas em seis centros de cardiologia da Holanda, da Suécia e da Itália ⁽⁸²¹⁾. Esse instrumento de doze perguntas que passou por validação transcultural em diferentes línguas, entre elas o espanhol ⁽⁸²²⁾. Essa escala consiste num questionário autoadministrado de doze itens que abordam diferentes aspectos do autocuidado na perspectiva da pessoa usuária. Cada item se pontua de 1 (estou completamente de acordo/sempre) a 5 (estou completamente em desacordo/nunca).

O estabelecimento de metas e a concordância das pessoas em definir as ações para alcançá-las é um fator importante para se chegar a bons resultados no manejo das condições crônicas ⁽⁸²³⁾ e tem-se verificado que se associa com melhores padrões de alimentação ⁽⁸²⁴⁾ e de exercícios físicos ⁽⁸²⁵⁾.

São importantes, no autocuidado apoiado, as redes sociais. Estudo realizado em 2.240 mulheres da Universidade Estadual do Rio de Janeiro com relação ao auto-exame das mamas, considerado um marcador do autocuidado em mulheres, verificou que a chance de realizar o auto-exame mais frequente foi duas vezes maior entre as mulheres com maior apoio social, quando comparadas com as que contavam com menor apoio ⁽⁸²⁶⁾.

O PAPEL DAS EQUIPES DA ESF NO AUTOCUIDADO APOIADO

Uma equipe da ESF deve dispor de habilidades, atitudes e instrumentos para dar apoio ao autocuidado. Dentre elas mencionam-se: ajudar a pessoas a compreenderem seu papel central em gerenciar sua condição crônica; abrir tempo na agenda para as atividades de autocuidado apoiado; explicar às pessoas o papel de cada membro da equipe no autocuidado; ajudar as pessoas a definirem metas de melhoria de sua saúde e apoiá-las na elaboração de plano de ações que aumentem sua confiança no cumprimento dessas metas; ser capaz de ter uma comunicação eficaz, utilizando estratégias como perguntar-informar-perguntar e fechamento de laço para assegurar que as pessoas entenderam as informações; preparar um plano de autocuidado, por escrito, que envolva as metas e o plano de ações para ficar claro o que as pessoas deverão fazer; utilizar grupos facilitados por profissionais de saúde ou por pares ou cursos breves para informar sobre o autocuidado apoiado e para que as pessoas

possam trocar experiências e apoiarem-se mutuamente; informar às pessoas sobre os recursos existentes na comunidade que possam ser utilizados no autocuidado apoiado; e monitorar o plano de autocuidado ⁽⁶³⁹⁾.

Para que isso aconteça é fundamental que toda equipe da ESF esteja envolvida com o autocuidado apoiado, mas que haja um de seus membros liderando esse processo e responsabilizando-se para o aperfeiçoamento de toda a equipe. Esse líder ou *coach* deve ser escolhido em função de uma inclinação ou de algum conhecimento para lidar com mudanças de comportamento, mas deve receber um treinamento específico para desempenhar esse papel.

As condições crônicas, especialmente, as doenças crônicas, vêm acompanhadas de sintomas. Em geral, não podem ser percebidos por outras pessoas e são difíceis de serem descritos, em sua singularidade, mesmo pelos profissionais de saúde. Os principais sintomas são fadiga, estresse, dificuldade de respiração, dor, raiva, depressão e problemas de sono que interagem entre si e se retroalimentam ⁽⁶⁾.

Esses sintomas, contudo, manifestam-se de forma muito especial em cada portador de condição crônica. Por isso, o autocuidado apoiado deve envolver a capacidade das pessoas de gerenciarem os seus sintomas. Isso é feito por meio de métodos de solução de problemas. Primeiro, é fundamental identificar o sintoma que se sente. Depois, é preciso tentar determinar a causa do sintoma em cada momento em que se manifesta e isso não é fácil porque os sintomas das condições crônicas são numerosos, complexos e interrelacionados. Por exemplo, a fadiga pode ser causada por uma condição crônica, por inatividade física, por alimentação inadequada, por descanso insuficiente, por problemas emocionais (estresse, ansiedade, medo e depressão) e por certos medicamentos. Um meio para alcançar esse passo é escrever um diário sobre como se manifestam os sintomas. Uma vez identificada a causa é mais fácil usar técnicas de manejo do sintoma. Por exemplo, no caso estresse podem ser utilizadas, rotineiramente, diferentes técnicas de relaxamento muscular e de meditação ⁽⁶⁾.

O autocuidado apoiado exige a provisão de materiais de suporte para o autocuidado ⁽¹⁵⁵⁾. Dentre esses materiais são importantes: material educativo (*folders*, vídeos, áudios, páginas na internet) sobre tabagismo, controle do peso, uso de álcool e outras drogas, exercício físico e alimentação; programas estruturados de intervenção nas unidades da ESF relativos a esses fatores de risco; material educativo relativo às principais condições crônicas feitos a partir das diretrizes clínicas utilizadas na unidade da ESF; uma relação dos recursos comunitários existentes na área de abrangência da unidade da ESF que podem ser utilizados como apoio ao autocuidado. Em algumas circunstâncias, poderá envolver a provisão de recursos materiais para facilitar o au-

tocuidado, como medicamentos e equipamentos de saúde. É importante, também, a mobilização dos recursos comunitários que existem nos clubes, nas igrejas, nas escolas, nas associações de portadores de condições crônicas e em outros movimentos sociais que porventura existam na área de abrangência da unidade da ESF.

A elaboração de material bibliográfico que oriente o autocuidado é fundamental.

Há um manual de autocuidado apoiado pioneiro que é o "Vivendo uma vida saudável com condições crônicas: um manual de desenvolvimento do autocuidado apoiado", elaborado pela Universidade de Stanford, Califórnia, Estados Unidos ⁽⁶⁾. O objetivo desse manual é possibilitar aos portadores de condições crônicas viverem uma vida saudável, com autonomia e prazer, com base em ações de autocuidado. O autocuidado é definido pelo seguinte raciocínio lógico: a condição crônica tem longa duração ou é permanente; as pessoas convivem, em geral, com a condição todo o tempo de sua vida; os profissionais de saúde cuidam do portador de condição crônica por poucas horas no ano; logo, é impossível manejar bem a condição crônica sem o autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado implica o conhecimento das causas da condição crônica, do que pode ser feito e de como a condição ou as intervenções clínicas afetam a vida das pessoas. O autocuidado apoiado não significa que os portadores de condição crônica devam assumir, exclusivamente, a responsabilidade por sua saúde, mas que conheçam a sua condição e co-participem da elaboração e do monitoramento do plano de cuidado, juntamente com a equipe de saúde, numa relação colaborativa.

Uma característica do autocuidado é a necessidade e a busca de apoio. Por isso, fala-se de autocuidado apoiado. O apoio pode vir da equipe de saúde, da família, dos amigos e/ou da comunidade. Recursos importantes para o autocuidado apoiado são organizações comunitárias como as associações de portadores de condições crônicas específicas, grupos religiosos da comunidade, comunidades virtuais, organizações sociais e o acesso a informações, especialmente na internet. As condições crônicas apresentam sintomas que necessitam ser manejados no autocuidado apoiado. As ações de autocuidado apoiado relativas às condições crônicas e aos seus sintomas envolvem: as técnicas de relaxamento e meditação; os exercícios físicos regulares; o desenvolvimento da flexibilidade por meio de alongamentos; a comunicação com outras pessoas e com a equipe de saúde; a busca de uma sexualidade positiva; o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis; a capacidade de lidar com a questão da morte; e o autocuidado em relação aos medicamentos. Alguns capítulos do manual são dedicados a condições crônicas singulares como as doenças respiratórias crônicas, a hipertensão e as doenças cardiovasculares, as artrites e o diabetes ⁽⁶⁾.

A Kaiser Permanente (KP) oferece aos seus beneficiários um guia de autocuidado que é descrito no Boxe 16.

Boxe 16: A saúde em casa, um guia de autocuidado para melhorar a saúde e para manter-se são

Trata-se de uma publicação, em inglês e espanhol, denominada de "A saúde em casa: guia prático de Healthwise e Kaiser Permanente" que está disponível para os usuários daquela operadora de saúde dos Estados Unidos.

Esse manual contém informações sobre mais de 200 problemas de saúde e sobre diferentes formas das pessoas se manterem saudáveis e de evitarem as doenças.

O manual está organizado em capítulos. O primeiro capítulo oferece informações sobre como as pessoas devem tomar decisões sensatas sobre sua saúde, o que envolve ações de autocuidado, as relações com o enfermeiro conselheiro e com o médico. Os demais dizem respeito à saúde e bem estar, primeiros socorros e emergências, problemas do abdômen, problemas do pescoço e das costas, problemas de ossos e músculos, problemas da respiração e do peito, problemas dos olhos e ouvidos, dores de cabeça, problemas da pele, cabelo e unhas, saúde das crianças, doenças crônicas, saúde da mulher, saúde do homem, saúde sexual, atividade física, nutrição, problemas de saúde mental, medicina complementar, o centro de saúde em casa e desastres e ameaças à saúde pública.

Todos esses temas são tratados com informações sobre quando se autocuidar em casa e quando telefonar para o enfermeiro conselheiro da operadora.

O manual oferece um plano de autocuidado a ser feito pela pessoa usuária, um plano de preparação da pessoa para uma consulta médica e orientações relativas a decisões conjuntas sobre exames complementares, medicamentos e procedimentos cirúrgicos.

Uma avaliação do uso desse manual na KP mostrou os seguintes resultados: 70% dos beneficiários da operadora utilizaram o manual nos últimos seis meses; 71% dos usuários tornaram-se mais confiantes na autocuidado com o uso do manual; 60% ficaram mais confiantes na KP após o uso do manual; o manual diminuiu em 6% das consultas médicas e em 5% as chamadas telefônicas; e o uso da manual aumentou a satisfação das equipes de saúde e das pessoas usuárias.

Fontes: Sobel ⁽⁸²⁷⁾; Kaiser Permanente ⁽⁸²⁸⁾

AS EVIDÊNCIAS SOBRE O AUTOCUIDADO APOIADO

Há evidências de que o autocuidado apoiado apresenta resultados favoráveis no controle das condições crônicas.

A Organização Mundial da Saúde afirma categoricamente, em documento sobre os cuidados para as condições crônicas: "*Há evidências substanciais, em mais de 400 estudos sobre autocuidado, de que os programas que proporcionam aconselhamento, educação, retroalimentação e outros auxílios aos pacientes que apresentam condições crônicas estão associados a melhores resultados*" ⁽⁴⁾.

Um trabalho do Departamento de Saúde do Reino Unido concluiu que o autocuidado apoiado diminuiu: 40% das consultas ao médico de APS; mais de 50% dos atendimentos de urgência; 50% das internações hospitalares; 50% da taxa de permanência em hospitais; 50% no absenteísmo no trabalho; e a utilização de medicamentos ⁽⁷⁷³⁾.

Há evidências de que o autocuidado apoiado, aplicado na APS, permite obter consequências positivas nos resultados sanitários e na satisfação das pessoas usuárias (6, 155, 332, 829, 830).

As considerações feitas sobre o autocuidado apoiado devem ser refletidas em relação ao SUS. Em geral, esse tema, tão importante no cuidado das condições crônicas de saúde, não tem sido tratado teoricamente com a prioridade que merece, nem incorporado, rotineiramente, na prática social do SUS. Na ESF, em geral, ele não é praticado como rotina e de forma efetiva.

A atenção à saúde na ESF é fortemente centrada na atenção profissional e, dentro dela, no cuidado do médico e do enfermeiro. Isso sobrecarrega a agenda desses profissionais e torna o sistema ineficiente porque os médicos e os enfermeiros são sobredemandados por pessoas usuárias com riscos menores que poderiam estar com uma atenção multiprofissional focada no autocuidado apoiado, com melhores resultados e com um uso mais eficiente dos recursos escassos.

É absolutamente fundamental que o autocuidado apoiado seja introduzido, como rotina clínica, na ESF. A adoção do autocuidado apoiado, como indicam as evidências produzidas em muitos países, determinará melhorias na qualidade da atenção e nos resultados sanitários e econômicos da ESF.

O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA E A ATENÇÃO PROGRAMADA

Uma quarta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está na busca de um equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea, também denominada de atenção não programada, e a atenção programada. A hegemonia do sistema fragmentado, voltado para as condições e para os eventos agudos, desequilibrou as respostas sociais, privilegiando a atenção à demanda espontânea em detrimento da atenção programada. Sempre haverá manifestações de condições agudas e de eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, mas há que se aumentar, relativamente, a atenção programada das condições crônicas para se buscar uma situação de equilíbrio.

A forma de responder socialmente, através dos sistemas de atenção à saúde, às condições agudas e crônicas, é que marca as diferenças entre atenção à demanda espontânea e a atenção programada.

As condições agudas e os eventos agudos das condições crônicas determinam uma busca por atenção, por parte das pessoas usuárias, sem que se possa prever, temporariamente, sua ocorrência. Em geral, não é possível saber quando uma condição aguda vai ocorrer, seja ela uma doença infecciosa de curso curto, como uma amigdalite, seja um trauma, seja um momento de agudização de uma condição crônica, como uma emergência hipertensiva. Por isso, é inerente às condições e aos eventos agudos uma demanda espontânea da parte das pessoas usuárias para as quais o sistema deve estar preparado por meio de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

Diferentemente, as condições crônicas, pelo seu curso longo e, às vezes, definitivo, devem ser manejadas prioritariamente por meio de uma atenção programada. É certo que há momentos de agudização das condições crônicas, mas isso não pode ser considerado uma condição aguda, mas um evento agudo decorrente de complicações das condições crônicas. Portanto, as agudizações das condições crônicas devem ser consideradas eventos agudos, diferentes das condições agudas, e sua ocorrência deve ser entendida, na maioria dos casos, como uma falha no sistema de atenção às condições crônicas, especialmente na APS.

Um sistema de atenção à saúde fortemente centrado na atenção à demanda espontânea é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas. Tome-se o caso de um sistema público maduro, como o do Reino Unido, em que 70% dos atendimentos de urgência e emergência são resultantes de agudizações de condições crônicas ^(43, 370).

A atenção à demanda espontânea é o tipo de atenção que se deve aplicar às condições e aos eventos agudos, que se faz de forma intempestiva, acionada pela pessoa usuária em momento de manifestação de um sintoma ou sinal e sem possibilidade de uma previsão temporal. Esse tipo de atenção é absolutamente necessário e os sistemas de atenção à saúde devem ser planejados para dar conta disso. Contudo, sua aplicação às situações de agudização das condições crônicas, deve ser minimizada, o que envolve ações de melhoria da atenção programada às condições crônicas. Ou seja, a diminuição das agudizações das condições crônicas será resultado, em grande parte, da maior oferta de atenção programada aos portadores dessas condições de saúde, especialmente na APS, porque isso é parte fundamental de um modelo efetivo de atenção.

A atenção à demanda espontânea centra-se na queixa conduta. Por isso, em geral, inicia-se com uma pergunta sobre o que a pessoa está sentindo ou sobre

qual é seu problema. Caracteriza-se pela falta de informações estruturadas sobre as necessidades das pessoas usuárias, pelas diferentes expectativas de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e pela impossibilidade de a equipe de saúde prever totalmente o atendimento ⁽²⁸⁸⁾. A atenção à demanda espontânea termina, em geral, com uma prescrição médica e, não necessariamente, gera um novo atendimento clínico definido ao seu final.

A atenção programada é muito diferente. É o tipo de atenção que se deve aplicar rotineiramente às condições crônicas, que deve ser ofertada sem a presença e o barulho do evento agudo e que deve ser, necessariamente, agendada, previamente, em intervalos regulares e previsíveis ⁽²⁸⁸⁾. Assim, ao final de um atendimento programado, a pessoa já terá seu próximo atendimento agendado.

A atenção programada é o encontro clínico de iniciativa do profissional de saúde, diferentemente da atenção à demanda espontânea cuja iniciativa é da pessoa usuária. A atenção programada é uma clínica que se foca em aspectos do cuidado que não são considerados num atendimento de uma condição aguda ou de uma agudização de condição crônica. É um atendimento que se faz com base num plano de cuidado que foi elaborado pela equipe de saúde juntamente com a pessoa usuária, e com o objetivo principal de monitorá-lo e de promover as alterações necessárias.

A atenção programada pode ser feita em encontros clínicos individuais face-a-face ou em atendimentos por grupos de profissionais. Quando envolve uma equipe multiprofissional, os papéis de cada membro da equipe devem ser claramente distribuídos.

A atenção programada deve estar prevista nas diretrizes clínicas baseadas em evidências, segundo os diferentes estratos de riscos dos portadores de uma condição crônica. Essas diretrizes clínicas devem definir o tipo do atendimento, quem faz, em que condições e com que frequência. A atenção programada termina num plano de cuidado elaborado ou revisado e pactuado entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias. A atenção programada não se inicia com a pergunta sobre o que a pessoa está sentindo ou sobre qual é o seu problema, mas com uma avaliação do que se passou, desde o último encontro clínico, em relação ao plano de cuidado elaborado de forma compartilhada. Somente ao final do atendimento, feita a avaliação e/ou a revisão do plano de cuidado, pergunta-se se há algum outro problema que a pessoa queira considerar naquele momento.

A atenção programada deve obedecer alguns requisitos de qualidade: prevenir as falhas pela padronização por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências que são aplicadas para as condições crônicas; identificar prontamente as falhas e solucioná-las ou reduzir seus impactos negativos por meio de um bom sistema de informações clínicas, centrado num prontuário eletrônico e no registro dos portadores

de condições crônicas por estratos de riscos; elaborar, colaborativamente, os planos de cuidado e a agenda de atendimentos periódicos; e redesenhar os processos para superar as falhas ocorridas ⁽⁸³¹⁾.

A oferta de atenção programada é um ponto fundamental do elemento de mudança do sistema de prestação de serviços do CCM e, por consequência, está associada com a melhoria da qualidade da atenção à saúde ⁽³⁾. A oferta da atenção programada tem sido considerada uma forma de escapar da tirania do urgente ⁽⁸³²⁾.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, em geral, apresentam uma relação desequilibrada entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada, com privilégio da primeira. Isso é natural porque eles se estruturam, basicamente, para o controle das condições e dos eventos agudos.

O enfrentamento das condições crônicas, predominantemente por meio de respostas discretas e não programadas, em unidades de pronto-atendimento ambulatoriais ou hospitalares, leva, inexoravelmente, ao fracasso sanitário e econômico dos sistemas de atenção à saúde. Por consequência, políticas de incremento dessas unidades, descoladas de esforços de melhoria da atenção às condições crônicas, especialmente na APS, são estratégias inefetivas e ineficientes.

Uma vez que as condições agudas exigem uma atenção focada no evento agudo e que haverá, sempre, alguma quantidade de episódios de agudização das condições crônicas, um sistema de atenção à saúde deve planejar a capacidade de oferta da atenção à demanda espontânea para dar conta dessa demanda. Por outro lado, numa RAS, organizada segundo o MACC, um objetivo central há de ser o de minimizar a ocorrência de agudizações dessas condições. Ações nesse sentido devem ser planejadas e devem estar baseadas na utilização de intervenções que apresentem evidências de sua efetividade.

É possível reduzir a atenção à demanda espontânea, seja ambulatorial, seja hospitalar, implantando-se RASs com os modelos de atenção às condições crônicas. Tome-se o caso das internações hospitalares não programadas. Estudos indicam que 75% das reinternações hospitalares são evitáveis, sua maioria com um manejo adequado na APS, o que constitui a base do conceito de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial ^(833, 834). Há, na literatura internacional, evidências sobre o impacto do CCM na redução dessas internações hospitalares. Revisões sistemáticas e meta-análises realizadas com portadores de insuficiência cardíaca mostraram que a introdução de intervenções-chave do CCM, dentre elas o incremento da atenção programada na APS, permitiram reduzir as internações hospitalares não programadas em 50% a 85% e as reinternações em até 30% ^(835, 836, 837, 838, 839).

O aumento relativo da atenção programada é fundamental para a melhoria da qualidade do cuidado à saúde. Para isso, é preciso conter a oferta excessiva de atenção à demanda espontânea decorrente de agudizações de condições crônicas. Alguns sistemas de atenção à saúde mais maduros estão considerando as agudizações das condições crônicas como eventos-sentinelas que apontam para falhas sistêmicas que devem ser identificadas e superadas. Por exemplo, a Kaiser Permanente considera, em sua filosofia, que as internações hospitalares não programadas e os atendimentos ambulatoriais em unidades de urgência e emergência por condições crônicas são um sinal de falha sistêmica, vez que elas constituem um alerta de que as pessoas usuárias não receberam uma boa atenção nos estágios iniciais de sua condição de saúde, principalmente na APS ^(286, 356).

As concepções de senso comum e o exercício de certa racionalidade de resultados imediatos levam a que os gestores, os profissionais de saúde e a própria população reivindiquem e concretizem, de forma reiterada, estratégias de incremento da capacidade das unidades hospitalares ou ambulatoriais para atenção à demanda espontânea, o que gera formidável ineficiência alocativa e poucos resultados sanitários.

As considerações feitas sobre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada devem ser refletidas no ambiente do SUS.

O SUS é um sistema de atenção à saúde fragmentado e excessivamente voltado para o atendimento às condições e aos eventos agudos, o que desequilibra a relação entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada, em favor daquele primeiro tipo de atendimento à saúde. Isso é reforçado por uma visão política de resultados de curto prazo e por uma cultura geral de valorização dos equipamentos de atenção às urgências e às emergências que são de alta visibilidade e que aparentam resolver, rapidamente, os problemas de saúde da população, predominantemente constituídos por condições crônicas.

É certo que, nas redes de atenção às urgências e emergências, em circunstâncias bem definidas, há espaço para a implantação das UPAs. O programa nacional de incentivo às UPAs, estabelecido pelo Ministério da Saúde ⁽⁸⁴⁰⁾, foi recebido, por políticos, como a possibilidade de superação da gestão tradicional da saúde, por meio de uma ousadia gerencial que permitiria reduzir as filas de espera e como uma das poucas soluções viáveis propostas pela saúde pública brasileira contemporânea ⁽⁸⁴¹⁾. Esse discurso político é excessivamente otimista porque não há evidências de que os UPASs possam diminuir as filas, nem, muito menos, de que possam melhorar significativamente a situação das condições crônicas de saúde. Além disso, como já se advertiu, ainda que sejam necessárias UPASs, elas não contribuirão para a melhoria da atenção à saúde no SUS se não estiverem integradas em RASs e se, paralelamente,

não se organizar a atenção às condições crônicas, também em redes, mas com uma alta prioridade para a melhoria da qualidade da ESF ⁽⁸⁴²⁾. Há um perigo latente, para o qual se deve estar atento, de uma sobreoferta de atenção não programada aos eventos agudos que desorganize e desfinancie a ESF pelo estabelecimento de uma competição predatória por recursos escassos entre os dois tipos de equipamentos porque se sabe que o custo de uma UPA é maior do que o de várias unidades da ESF. Isso é particularmente importante nos pequenos e nos médios municípios.

É, portanto, fundamental para o SUS que se implante na ESF uma ação clínica de incremento relativo da atenção programada. Isso se fará introduzindo, de forma rotineira, o agendamento de retorno, no tempo previsto nas diretrizes clínicas, ao final de cada atendimento a uma condição crônica não agudizada, para revisão do plano de cuidado.

DA ATENÇÃO UNIPROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Uma quinta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está no movimento de uma atenção uniprofissional, fortemente centrada no médico, para a atenção multiprofissional provida por uma equipe de saúde da família.

As evidências demonstram que a consulta médica de curta duração, como instituição central da atenção à saúde nos sistemas fragmentados, não funciona no manejo das condições crônicas e deve ser substituída por outras estratégias que convocam uma atenção à saúde multiprofissional. A razão é que essa atenção centrada na consulta médica de curta duração não é capaz de prover os cuidados adequados às condições agudas e crônicas, de manejar as múltiplas condições de saúde de acordo com as evidências disponíveis e, por consequência, de promover as interações produtivas entre os médicos e as pessoas usuárias ⁽¹⁵⁵⁾.

Como resolver esse problema, sem prescindir da consulta médica que é indispensável nos atos médicos indelegáveis e no exercício da liderança dos médicos nas equipes de saúde da ESF?

Há duas estratégias alternativas. Uma primeira, conhecida como a estratégia do porteiro e informada por argumentos de senso comum, consiste em reduzir a população sob responsabilidade de cada médico. Ela tem sido proposta reiteradamente no nosso país, mas encontra, no SUS, dois obstáculos insuperáveis: a baixa oferta de médicos de família e comunidade e os custos em que incorreria. A segunda, a solução mais viável e que tem sido denominada de estratégia da complementação, implica a utilização de uma equipe de saúde multiprofissional

interagindo com os médicos e retirando da responsabilidade da consulta médica curta, várias tarefas que seriam desempenhadas, com vantagens, por outros profissionais da equipe da ESF ⁽⁸⁴³⁾. Em outros termos, a solução de complementação não consiste em aumentar o tempo da consulta médica, o que não tem sido possível em nenhum sistema de atenção à saúde, mas agregar, a ele, tempos de atendimentos por outras categorias profissionais que integram uma equipe multiprofissional de saúde. A consulta médica de curta duração persistirá, mas será requalificada no contexto da atenção multiprofissional.

A análise comparativa das práticas da APS na Inglaterra e nos Estados Unidos aponta para a viabilidade da solução de complementação. Há evidências de que os tempos de atendimento mais longos na Inglaterra produziram melhores resultados em condições de saúde como diabetes, asma e doença coronariana ^(844, 845). Ainda que o tempo de atenção pela equipe tenha sido maior na Inglaterra, os médicos generalistas ingleses despenderam menos tempo nas suas consultas (média de oito minutos) que os médicos americanos, mas há práticas complementares, realizadas especialmente por pessoal de enfermagem, em ações preventivas, em cuidados continuados das condições crônicas e na atenção domiciliar que justificam os bons resultados clínicos, mesmo com menor tempo da consulta médica ⁽⁶⁵³⁾. Ou seja, manteve-se o tempo de consulta médica curto, mas alongou-se o tempo da atenção às condições crônicas por uma equipe multiprofissional.

A equipe multiprofissional é constituída por um grupo de trabalhadores que se comunica regularmente entre si a respeito da atenção à saúde de um conjunto de pessoas usuárias dos serviços de saúde sob sua responsabilidade e que co-participa da atenção integrada a uma população ⁽⁶⁷⁾. O objetivo da atenção multiprofissional é prestar o serviço certo, no lugar certo, no tempo certo e pelo profissional certo, o que é coerente com a concepção das RASs ^(846, 847, 848).

A capacidade potencial de uma equipe multiprofissional para melhorar os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde é sua habilidade para aumentar o número e a qualidade dos serviços disponíveis ⁽⁸⁴⁹⁾.

O trabalho multiprofissional distribui as tarefas entre os diferentes membros da equipe de saúde, segundo os fundamentos da atenção à saúde baseada na população ⁽⁸⁵⁰⁾. Isso significa cadastrar a população adscrita, registrá-la por condições de saúde e estratificar os portadores de condições de saúde por riscos, utilizando as ferramentas da gestão da clínica. As condições e os eventos agudos serão classificados por riscos pelo enfermeiro e as pessoas usuárias deverão chegar aos médicos no tempo adequado, segundo os riscos, definidos por cores (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho, se usado o Sistema Manchester de

classificação de risco). Pessoas usuárias que necessitam de cuidados preventivos, de ações de autocuidado, de educação em saúde e de aspectos padronizados de monitoramento ou tratamento poderão ser acolhidas por membros não médicos da equipe de saúde. Parte dos atendimentos será feita em atendimentos a grupos, com presença concomitante de vários profissionais, ao mesmo tempo. As pessoas usuárias portadoras de condições mais complexas, segunda a estratificação, terão uma concentração maior de cuidados profissionais, especialmente médicos, e aquelas, portadoras de condições crônicas muito complexas terão a atenção provida por uma equipe multiprofissional coordenada por um gestor de caso.

Algumas práticas inovadoras de atenção multiprofissional têm sido propostas, como o modelo de pequenas equipes com base na utilização de *coaches* de saúde, profissionais não médicos que cuidam das pré-consultas, do planejamento das agendas, da discussão de metas com as pessoas usuárias, da conciliação de medicamentos, da prescrição de cuidados de rotina, da pós-consulta e que participam, juntamente com o médico, de suas consultas ⁽¹⁸⁸⁾.

O cuidado multiprofissional é bom para toda a equipe. Para os médicos porque os retiram de tarefas que não solicitam as suas competências e diminui a sobrecarga da atenção sobre eles; para os outros profissionais de saúde da equipe multiprofissional porque os incluem no trabalho em time com distribuição clara de tarefas; e para as pessoas usuárias porque, bem informadas sobre o trabalho multiprofissional, obtêm uma atenção contínua ou compartilhada, integrando as ações preventivas e curativas e incentivando o autocuidado ⁽¹⁵⁵⁾. Há indícios de que as pessoas podem transferir a sua confiança no médico para toda a equipe multiprofissional ⁽⁶⁵⁶⁾. As pessoas usuárias se beneficiam em ganhos de tempo e de conforto, em poder se relacionar, num mesmo dia, com diferentes profissionais, em atendimentos programados em sequência ou em grupos de profissionais.

No trabalho da ESF, indivíduos de diferentes disciplinas juntam-se para atender às pessoas, como o médico de família e comunidade, a equipe de enfermagem, a equipe de saúde bucal, o assistente social, o farmacêutico, o psicólogo, o nutricionista, o fisioterapeuta, o profissional de educação física e o ACS.

A atenção multiprofissional não é, apenas, um grupo de diferentes pessoas com diferentes profissões atuando juntas, na ESF, por um tempo determinado. Há que se criar um espírito de equipe, o que implica que os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada qual. As tarefas da atenção devem ser distribuídas de acordo com as competências e as áreas de interesse de cada membro da equipe. Alguns elementos são fundamentais

no trabalho em equipe: estratégia de longo prazo, foco na missão e na visão e orientação para superar as resistências às mudanças que o trabalho em equipe exige.

O trabalho multiprofissional é importante porque há um valor agregado de mais olhos e mais ouvidos, dos *insights* de diferentes corpos de conhecimentos e de um espectro mais amplo de habilidades e, por isso, tem sido considerado como um critério de qualidade da APS ^(849, 850).

O trabalho multiprofissional deve ser realizado por equipes. Os membros das equipes de saúde assumem funções e responsabilidades para exercerem tarefas compatíveis com suas capacidades profissionais e seus pontos fortes. A relação hierárquica no modo de trabalho convencional, com forte domínio médico, é substituída por relações horizontais, já que cada membro da equipe é valorizado por sua condição de prestador de serviços significativos e imprescindíveis para a melhoria da saúde dos portadores de condições crônicas. Numa verdadeira equipe há uma clara compreensão de todos que, ainda que as funções sejam diferenciadas, não haverá agregação de valor para as pessoas usuárias da ESF se todos não participarem de forma integrada e cooperativa.

O trabalho em equipe resulta mais benéfico quando certas condições estão presentes: quando se produz um resultado melhor que trabalhando individualmente; quando o trabalho conjunto parece coerente para todos os membros da equipe; quando as intervenções requerem uma combinação de diferentes competências; quando os mecanismos de competição entre trabalhadores individuais conduz a menor eficácia; e quando os níveis de estresse dos indivíduos são demasiado altos ⁽⁸⁵¹⁾. Todas essas condições estão presentes no trabalho da ESF.

Algumas características diferenciam uma equipe de trabalho efetiva: uma atmosfera relaxada que demonstra interesse de todos; participação plena de todos os membros no alcance dos objetivos; aceitação dos objetivos por todos os membros; escuta mútua e liberdade para sugestões criativas; clima aberto de discussão das divergências; maioria das decisões por consenso; a crítica é franca e construtiva; os membros têm liberdade para expressar seus sentimentos, tanto em relação às tarefas, como sobre como realizá-las; clareza na definição dos papéis dos diferentes membros; a liderança muda, de vez em quando, dentro do grupo, com base em expertise, mais que em posição formal; e o grupo é consciente sobre sua forma de operar e a revisa com regularidade ⁽⁸⁵²⁾.

Há indicações de que o trabalho em equipe nos sistemas de saúde depende do grau em que elas são multiprofissionais e exercitam atitudes cooperativas entre seus membros ⁽⁸⁵³⁾. Os modelos de equipes multiprofissionais cooperativas mais efetivos

incluem: uma definição compartilhada do problema; o suporte às pessoas usuárias; a focalização compartilhada em problemas específicos; a elaboração compartilhada dos planos de cuidados; a confiança e o respeito mútuos; o monitoramento das condições crônicas; e o acesso pronto aos médicos especialistas ⁽⁷⁹³⁾.

Para que o trabalho cooperativo se instale e para que a coesão se estabeleça são imprescindíveis as seguintes características: a definição de objetivos gerais, a definição de objetivos específicos mensuráveis, a implantação de sistemas clínicos e administrativos; a clara divisão do trabalho; a educação permanente de todos os profissionais; e o processo de comunicação efetivo ^(155, 854). A definição de objetivos gerais faz-se por meio de metas de melhoria dos níveis de saúde da população adscrita, de redução das barreiras de acesso à ESF e de satisfação da equipe de saúde e da população adscrita. A definição de objetivos específicos mensuráveis tem como exemplos: 80% dos portadores de diabetes com hemoglobina glicada inferior ou igual a 7%; 70% dos portadores de hipertensão com pressão arterial inferior a 14/9; e 90% das pessoas que buscam atendimento não urgente serão atendidas no prazo máximo de 24 horas. Há que se implantarem sistemas clínicos padronizados, como procedimentos para prover a renovação de medicamentos de uso contínuo e procedimentos para informar às pessoas os resultados laboratoriais, mas também sistemas administrativos como procedimentos para agendamento das pessoas usuárias. Há que haver uma clara divisão de trabalho conforme se indica no Quadro 10. É importante um sistema de educação permanente de todos os membros da equipe multiprofissional. Devem estar bem estabelecidas estruturas comunicacionais como comunicação rotineira por papel, comunicação eletrônica, comunicação rápida face-a-face com interação verbal entre os membros da equipe e reuniões da equipe, bem como processos comunicacionais como oferta de *feedbacks* e técnicas de resolução de conflitos.

Uma questão central no trabalho em equipe de APS é a avaliação das percepções dos membros da equipe sobre os seus processos de trabalho ⁽¹⁵⁵⁾. Nesse aspecto, deve-se procurar responder a algumas questões fundamentais: A equipe tem claramente articuladas metas clínicas e administrativas com indicadores medíveis para possibilitar a melhoria do trabalho? A equipe tem um *mix* de profissionais que permite atingir as metas? Os processos estão organizados para rotinizar as tarefas administrativas, por exemplo, como triar as pessoas por meio da chamada telefônica ou como os resultados de exames são comunicados às pessoas usuárias?

Cada processo-chave deve passar por um diagnóstico através do mapeamento de cada processo. A partir do mapa do processo real podem sugerir mudanças, no caso, referentes ao trabalho da equipe. Para isso pode-se usar o questionário colocado no Quadro 10, adaptando-o às diferentes realidades de equipes da ESF.

Quadro 10: Avaliação de processos-chave da APS

PROCESSO	Funciona bem	Tem pequeno problema	Tem problema sério	Totalmente desorganizado	Está sendo resolvido	Não sabe	É fonte de queixa das pessoas
Atendimento telefônico							
Sistema de agendamento							
Pedido de exames							
Fornecimento de resultados de exames							
Renovação de prescrições							
Referências a outros níveis							
Procedimentos preventivos							
Autocuidado apoiado							
Classificação de riscos na urgência							
Atenção às condições agudas							
Educação em saúde							
Estratificação de risco das condições crônicas							
Plano de cuidado							
Educação permanente da equipe							
Gestão de caso							
Programação do trabalho							
Contrato de gestão com base em desempenho							

Fonte: Adaptado de: Dartmouth Medical School/Center for the Evaluative Clinical Sciences/Institute for Healthcare Improvement (85)

Um aspecto essencial no trabalho das equipes da ESF é a avaliação da satisfação dos seus trabalhadores. O Boxe 17 mostra um instrumento com essa finalidade.

Boxe 17: Questionário de autoavaliação da satisfação de um membro da equipe da ESF

1. Eu sou tratado com respeito, todos os dias, pelas pessoas que trabalham nessa unidade.

Concordo plenamente Concordo Discordo plenamente Discordo

2. Eu recebo tudo que necessito, materiais, instrumentos, equipamentos e motivação para desempenhar meu trabalho.

Concordo plenamente Concordo Discordo plenamente Discordo

3. Quando faço um bom trabalho alguém na unidade reconhece que eu o fiz.

Concordo plenamente Concordo Discordo plenamente Discordo

4. Quão estressante é trabalhar nessa unidade?

Muito estressante Medianamente estressante Pouco estressante Não estressante

5. Quão tranquilo é perguntar a alguém a respeito de atender às pessoas?

Muito fácil Fácil Difícil Muito difícil

6. Como você classifica o moral da equipe e suas atitudes no trabalho nessa unidade?

Excelente Muito bom Bom Razoável Ruim

7. Essa unidade hoje é melhor para se trabalhar do que um ano atrás.

Concordo plenamente Concordo Discordo plenamente Discordo

8. Eu recomendo essa unidade como um local muito bom para se trabalhar.

Concordo plenamente Concordo Discordo plenamente Discordo

9. O que poderia tornar essa unidade melhor para as pessoas usuárias?

10. O que poderia tornar essa unidade melhor para os profissionais que trabalham aqui?

Fonte: Dartmouth Medical School Center for the Evaluative Clinical Sciences/ Institute for Healthcare Improvement ⁽⁸⁵⁵⁾

A divisão das tarefas dos membros das equipes da ESF deve estar, em boa parte, definida nas diretrizes clínicas baseadas em evidências. Contudo, é necessário que haja um planejamento prévio para cada função-chave de atenção em que fiquem bem claros os papéis de cada membro da equipe. Para isso, sugere-se a utilização de uma folha de distribuição das tarefas nas equipes que deve ser construída, em conjunto, por todos os seus membros. Em geral, propõem-se as tarefas clínicas, mas podem ser planejadas, também, as tarefas logísticas.

Uma folha de distribuição de tarefas entre a equipe de saúde da ESF é proposta no Quadro 11 e tem em suas colunas os profissionais envolvidos e, nas linhas, a função dividida em tarefas.

Quadro 11: Distribuição da função e suas tarefas pela equipe da PSF

FUNÇÃO	MÉDICO	ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ACS	Pa	Pb	Pz
Tarefa 1							
Tarefa 2							
Tarefa 3							
Tarefa 4							
Tarefa 5							

Fonte: Mendes ⁽⁸⁵⁶⁾

Esse quadro supõe uma equipe da ESF que tenha como profissionais mínimos, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde e que conforme a realidade de cada equipe pode agregar outros profissionais (Pa a Pz) como gerente, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e recepcionista. Em cada célula deve ser descrito o que o profissional deve fazer, em cada tarefa de uma função-chave.

A distribuição das tarefas de uma equipe de saúde, na perspectiva de transitar de uma atenção uniprofissional centrada no médico para uma atenção multiprofissional, beneficia-se da correta composição das categorias de funções que podem ser distribuídas entre os médicos e os outros profissionais de saúde. Starfield ⁽⁶⁷⁾ identifica três categorias de funções que devem ser objeto da distribuição na equipe de saúde: as funções suplementares que poderiam ser realizadas pelos médicos, mas de forma ineficiente, como aplicar injeções ou vacinas; as funções complementares que os médicos não dispõem nem de habilidades, nem de tempo para realizá-las, como o aconselhamento para as mudanças de comportamento e dos estilos de vida das pessoas usuárias; e as funções substitutivas que são realizadas normalmente pelos médicos, mas que podem ser delegadas a outros membros da equipe, como alguns procedimentos de manejos padronizados de condições crônicas. Outros autores consideram que a distribuição das funções nas equipes multiprofissionais se faz por meio das estratégias de *mix* de competências que envolvem: o fortalecimento: a expansão das tarefas de um determinado profissional; a substituição: os papéis de um profissional são divididos com outro; a delegação: as tarefas de um profissional são atribuídas a outro; e a inovação: a instituição de novos profissionais ⁽⁸⁴⁸⁾. A distribuição ótima de papéis numa equipe da ESF deverá ser feita de modo a não haver redundâncias ou retrabalho entre os membros dessa equipe.

Uma motivação para adicionar novos profissionais a uma equipe de saúde é a substituição de certas tarefas feitas pelo médico por outros profissionais não médicos.

Duas pesquisas examinaram a substituição por enfermeiros e assistentes médicos na APS e constataram que os enfermeiros prestaram serviços de qualidade equivalente aos feitos pelos médicos ^(857, 858). Pesquisas são inconclusivas se a substituição pela inclusão de profissionais de salários menores reduz o custo da atenção por atendimento ⁽⁸⁵⁹⁾, mas um estudo realizado nas equipes de APS, nos Estados Unidos, concluiu que as equipes que fizeram maior uso de enfermeiros e assistentes médicos em relação aos médicos apresentaram menores custos de trabalho por atendimento ⁽⁸⁶⁰⁾.

O trabalho em equipe deve aumentar a performance clínica pela sinergia entre diferentes profissionais que proporcionam um *mix* de habilidades clínicas. Números estudos sugerem que as equipes multidisciplinares produzem resultados clínicos superiores àqueles alcançados pelos arranjos tradicionais, pela incorporação de enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos nas equipes ⁽⁸⁴⁹⁾. Trabalho constatou que os ganhos de eficiência só são obtidos quando o médico delega funções clínicas para o enfermeiro e investe seu tempo em coisas que só os médicos podem fazer ⁽⁸⁶¹⁾.

Mas será que basta um grupo de profissionais estarem juntos numa unidade de ESF para conformarem uma equipe? É o que se tenta analisar no Boxe 18, num caso do adaptado do trabalho médico de uma unidade de cuidados primários ⁽¹⁵⁵⁾.

Boxe 18: O trabalho médico na Unidade Solidão

O Dr. João é um médico de família que trabalha numa unidade da ESF, a Unidade Solidão. Ele atende o Sr. Antônio, numa consulta agendada para ser realizada em 15 minutos. O Sr. Antônio é um homem de 65 anos de idade, portador de hipertensão arterial e doença renal crônica. Após um diálogo inicial, o Dr. João toma a pressão arterial e busca no prontuário individual, em papel, os resultados mais recentes de exames complementares. Em seguida, toma cinco minutos, para examinar os sete medicamentos trazidos pelo Sr. Antônio e verifica que ele está tomando dois deles erradamente. Ao rever as ações de prevenção constata que o Sr. Antônio não tomou a vacina de influenza. Vai até a sala de vacinas para solicitar que ele seja vacinado após a consulta médica. Volta ao consultório e verifica que as mudanças na alimentação não foram feitas e gasta mais cinco minutos falando da importância da reeducação alimentar. Por fim, o Sr. Antônio reclama que não conseguiu a consulta com o nefrologista e o Dr. João promete se empenhar pessoalmente para consegui-la.

Quando termina a consulta, o Dr. João reflete que ele não necessitaria de uma graduação em medicina para fazer a maior parte do que fez na consulta com o Sr. Antônio.

Uma reflexão sobre o trabalho na Unidade Solidão evoca duas questões: quem deve ser os membros de uma equipe da ESF? e como os membros da equipe atuam como um time e não como um mero conjunto de indivíduos que trabalham numa mesma unidade da ESF?

Tome-se, como metáfora, um time de futebol. Ele necessita de um *mix* de jogadores: 11 membros divididos em goleiro, zagueiros, laterais ou alas, volantes, meias e atacantes. Somente quando esse conjunto está entrosado, o que significa gerar sinergias entre os papéis de cada qual, pode-se ganhar as partidas. O mesmo deve acontecer com as equipes de saúde da ESF que devem distribuir bem os papéis entre o gerente, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o farmacêutico, o nutricionista, o psicólogo, o assistente social, a equipe de saúde bucal, o fisioterapeuta, o profissional de educação física, o recepcionista e o ACS. Mas não basta que o time de futebol tenha bons jogadores; é preciso que ele tenha um plano tático e que treine bastante durante cada semana. O mesmo deveria acontecer na equipe de saúde que, em geral, opera sem um plano tático e sem treinamento contínuo. Assim, é comum haver um grupo de profissionais na ESF, mas que não funcionam verdadeiramente como uma equipe.

É ingênuo acreditar que colocando juntos, numa unidade da ESF, um conjunto de profissionais que eles vão, de fato, funcionar como uma equipe. Voltando à metáfora do futebol, as equipes gastam, no mínimo, quatro horas por dia na semana em treinamento para jogar a partida oficial no domingo à tarde de, apenas, noventa minutos. Muitas vezes, as equipes da ESF despendem duas horas por ano em treinamento para atender quarenta horas por semana. Será que essa diferença se explica por que no futebol os resultados são transparentes e imediatos?

É indiscutível que a equipe da ESF deveria se organizar como um bom time de futebol. Mas como organizá-las? Supondo-se um razoável nível de competência e colaboração entre os membros da equipe, algumas equipes operam como um organismo que é maior que a soma de suas partes, enquanto outras não o fazem. Os fatores associados com melhores performances incluem boa liderança, uma clara divisão de papéis, capacitação dos membros em seus papéis e em funcionamento em equipe e o apoio da organização ao trabalho em equipe.

Um clima organizacional favorável parece associado com equipes mais coesas. Um considerável investimento é requerido para criar e sustentar equipes coesas. Esse investimento inclui o treinamento dos membros em funcionamento em equipe, implantação de protocolos que definam quem faz o quê nas equipes, adoção de regras de funcionamento como processo decisório e comunicação e incentivos para os trabalhadores não diretamente envolvidos na clínica ⁽¹⁵⁵⁾. Alguns estudos que têm investigado a coesão das equipes de saúde e sua associação com a efetividade operacional sugerem que a coesão das equipes está ligada a melhores resultados clínicos das pessoas adscritas a essas equipes. Por exemplo, um estudo na Inglaterra mostrou que a performance na atenção ao diabetes, a satisfação das pessoas usuárias, a continuidade do cuidado e o acesso à atenção são significativamente maiores

em equipes com escores maiores na coesão interna ⁽⁸⁴⁴⁾. Pesquisa realizada com as equipes de APS da Kaiser Permanente sugere que as equipes com cultura clínica colaborativa produzem melhores resultados clínicos, incluindo melhor controle do diabetes e da hiperlipidemia e causam maior satisfação das pessoas usuárias ⁽⁸⁶⁰⁾. Da mesma forma, estudo mostrou que pessoas idosas atendidas por equipes mais coesas em sua organização e funcionamento obtiveram melhores resultados físicos e emocionais ⁽⁸⁶¹⁾.

Se as equipes de saúde são uma boa ideia, por que elas não são tão prevalentes na prática cotidiana da ESF?

As pesquisas demonstram que as equipes apresentam inconvenientes que decorrem do aumento da complexidade organizacional. À medida em que o tamanho das equipes aumenta, os custos de transação das comunicações interpessoais incrementam-se exponencialmente e podem superar os benefícios do trabalho em equipe ⁽⁸⁶²⁾. O tamanho das equipes pode ter uma relação em forma de U com o trabalho em equipe: muitos membros ou poucos membros reduzem a eficácia ⁽⁸⁶³⁾. Sugere-se que o tamanho ótimo de uma equipe pode estar em seis a doze membros ⁽⁶⁷⁾.

As equipes devem lidar, também, com problemas de relações humanas e personalidades. Enquanto alguns membros funcionam como iniciadores e encorajadores, outros podem desempenhar papéis negativos como bloqueadores e dominadores. A despeito das evidências de que o trabalho em equipe melhora a performance clínica, a delegação de tarefas para outros profissionais pode erodir a satisfação de médicos que tem a ideia de que ele deve prover todos os cuidados.

Sem dúvida, a razão principal está na carência de uma verdadeira equipe multiprofissional porque faltam, profissionais essenciais para uma ESF de qualidade na equipe padrão.

A natureza indiferenciada e variada dos problemas clínicos na ESF torna a formação de equipes mais desafiadora. É difícil equilibrar a realidade de que alguns profissionais têm mais expertise que outros com a importância de todos os profissionais participarem ativamente na atenção à saúde ⁽⁸⁶⁴⁾.

Os incentivos econômicos devem estar dirigidos para reforçar o trabalho em equipe. Nesse sentido, o pagamento por desempenho é positivo e o pagamento por procedimentos, em geral, é uma forma de desincentivar a formação de equipes de saúde.

Há metodologias que permitem avaliar a cooperação entre os membros de uma equipe de saúde. Uma delas foi desenvolvida e aplicada em quatro regiões de Quebec, Canadá, com os objetivos de validar indicadores do modelo de cooperação, avaliar a cooperação interprofissional e interorganizacional e propor uma tipologia de cooperação ⁽⁸⁶⁵⁾.

Há evidências robustas sobre o papel de diferentes profissionais de saúde na atenção às condições crônicas na APS.

O exame da literatura permite encontrar evidências dos papéis relevantes de enfermeiros em relação ao controle das condições crônicas na APS ^(866, 867, 868, 869); de farmacêuticos clínicos ^(870, 871, 872); de agentes comunitários: no exterior ^(873, 874) e no SUS ^(875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885); de equipes de saúde mental ^(38, 886, 887, 888, 889, 890); e de assistentes sociais ^(849, 890).

Há uma tendência, suportada por evidências, de aumentar a participação dos enfermeiros na atenção às condições crônicas na APS ^(858, 891, 892, 893, 894).

Há, também, evidências em relação ao impacto positivo do trabalho da equipe multiprofissional em várias dimensões da prática da APS: nas experiências das pessoas usuárias ^(854, 872); no desenvolvimento profissional dos membros das equipes de saúde ⁽⁸⁵⁴⁾; na qualidade da atenção e nos resultados sanitários ^(854, 861, 892, 895, 896, 897, 898); na utilização dos recursos de saúde ^(854, 899); e na satisfação dos prestadores de serviços ⁽⁸⁵⁴⁾.

Essas reflexões produzidas pela mudança da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional na ESF devem ser feitas na singularidade do SUS.

Há que se festejar que a ESF teve, em sua origem no modelo PSF, diferentemente de modelos de medicina familiar, o trabalho multidisciplinar do médico com a equipe de enfermagem e o agente comunitário de saúde e, posteriormente, a equipe de saúde bucal.

Uma análise da ESF praticada no SUS mostra um privilegiamento da atenção profissional prestada pelo médico e equipe de enfermagem. Em geral, as consultas são de curta duração, havendo, inclusive, um parâmetro muito difundido de programação de quatro consultas por hora ⁽⁹⁰⁰⁾.

A introdução de outros profissionais não médicos na ESF aliviou a carga de trabalho médico, especialmente pela introdução da consulta de enfermagem, mas numa perspectiva muito contaminada pela lógica da atenção médica de curta duração e

que tende a medicalizar o trabalho do enfermeiro. Contudo, faltam evidências que permitam analisar, com profundidade, os resultados desse modelo de atenção em termos de resultados sanitários e no uso de recursos, mas pode-se supor, a partir das experiências internacionais, que os mesmos problemas constatados em países desenvolvidos, em relação a um sistema ainda fortemente ancorado na consulta médica de curta duração, devem estar acontecendo no SUS.

A proposta de introdução dos NASFs na ESF, ainda que possa ter resultados positivos no processo de educação permanente das equipes de saúde, é insuficiente para construir uma proposta consequente de atenção multiprofissional. A razão é que os profissionais dão apoio longitudinal às equipes da ESF, mas não compõem, organicamente, as equipes, inclusive com capacidade de geração de vínculos com as pessoas usuárias. Isso fica claro na norma quando se propõe um NASF para oito a vinte equipes da ESF. Sem considerar as possibilidades de criação de mais um nível de referência nas RASs, o que, certamente, mesmo não estando na proposta oficial, é uma possibilidade de reinterpretação da norma na prática social concreta.

Há que se ter claro que uma equipe de saúde da família, fortemente centrada na atenção do médico e do enfermeiro, não dá conta de gerar resultados sanitários positivos em relação às condições crônicas por todas as evidências produzidas pelos modelos de atenção a essas condições de saúde. É tempo de considerar a introdução, nessas equipes da ESF, como membros orgânicos e não somente como apoiadores, de outros profissionais como assistentes sociais, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física e psicólogos. A hipótese é de que esses novos profissionais poderão ser utilizados na proporção de um profissional a cada três equipes da ESF. Isso implicará maiores custos, mas deverá incrementar a eficiência alocativa do SUS porque essa medida é fortemente custo-efetiva. Sem eles, como membros efetivos das equipes da ESF, é muito difícil pensar em controlar as condições crônicas. Como manejar adequadamente, na ESF, o diabetes sem nutricionista, os distúrbios mentais sem psicólogo, a adesão aos medicamentos sem farmacêutico clínico, os programas de atividade física sem profissionais de educação física?

Uma revisão sistemática sobre o trabalho multiprofissional nos sistemas de atenção à saúde não permitiu constatar evidência de um tipo de composição de equipe de saúde sobre outro, ainda que se tenha concluído que a introdução de enfermeiros, assistentes sociais, profissionais de saúde mental, farmacêuticos e agentes comunitários tenha sido uma maneira útil de expandir a força de trabalho para o controle das condições crônicas; além disso, verificou-se que não basta incrementar as competências das equipes preexistentes para obter melhores resultados sanitários ⁽⁷⁹³⁾. Isso deve ser considerado ao repensar as equipes da ESF.

Sem essa expansão das equipes da ESF para enriquecer o trabalho multiprofissional, o que exigirá mais recursos, não se resolverão os problemas das condições crônicas. Porque a introdução de novas formas de atenção às condições crônicas, além das consultas médicas e de enfermagem, exige esses novos profissionais de saúde nas equipes da ESF. Esse é um movimento imprescindível a ser feito no SUS para a consolidação da ESF.

A INTRODUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ATENÇÃO PROFISSIONAL

Uma sexta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está na introdução de novas formas de atenção profissional na clínica. As evidências que sustentam esse movimento estão bem definidas no CCM e constituem, juntamente com novas relações entre especialistas e generalistas, as mudanças propostas pelo elemento desenho do sistema de prestação de serviços desse modelo ⁽³⁾.

A clínica da ESF no SUS é extremamente concentrada nos encontros clínicos individuais face-a-face, as consultas médicas e de enfermagem. Há, certamente, atividades de grupos, mas realizadas, em geral, de forma tradicional, muitas vezes sob a forma de palestras para conjuntos de pessoas. As inovações de novas formas de atenção profissional, estabelecidas no CCM e incorporadas pelo MACC, ainda não se institucionalizaram na ESF brasileira.

A expansão da equipe multiprofissional é uma condição necessária para a introdução de novas formas de atenção profissional na ESF. Uma ESF ancorada, fortemente, em médicos e enfermeiros não possibilita a utilização consequente das novas formas de atenção profissional. Outra condição fundamental para a introdução de novas formas de atenção profissional é ampliar o espectro de atendimentos da agenda da ESF. Em geral, a programação da agenda dos profissionais faz-se com consultas médicas e de enfermagem e de grupos. Essas novas formas de atendimento profissional devem estar incluídas na agenda da equipe da ESF.

As novas formas de atenção profissional são propostas para atenção programada, não se aplicando, portanto, para a atenção à demanda espontânea.

Dentre essas novas formas de atenção profissional na ESF destacam-se duas: a atenção compartilhada a grupo e a atenção contínua.

A ATENÇÃO COMPARTILHADA A GRUPO (ACG)

A ACG tem sido adotada como uma maneira de superar os problemas dos sistemas de atenção à saúde estruturados no atendimento uniprofissional face-a-face com forte centralidade na consulta médica de curta duração e para dar consequência a práticas multiprofissionais efetivas ⁽⁹⁰¹⁾.

A ACG vai além de uma consulta dirigida para necessidades biológicas e médicas para lidar com os aspectos educacionais, psicológicos e sociais de um grupo de pessoas portadoras de condições crônicas de saúde ⁽⁹⁰²⁾. Além disso, a ACG não é um grupo de educação em saúde, já que opera numa lógica muito distinta.

Como o próprio nome indica, a ACG não se destina a uma pessoa individualmente, nem é provida por um único profissional, mas se foca em grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes (atenção a grupo), contando com a participação de vários profissionais da equipe de saúde ao mesmo tempo (atenção compartilhada). Nesse modelo, a equipe de saúde facilita um processo interativo de atenção à saúde que se dá em encontros periódicos de um grupo de portadores de condições crônicas.

A ACG foi desenvolvida, inicialmente, para grupos de idosos frágeis, por John Scott, da Universidade do Colorado, Estados Unidos ⁽⁹⁰³⁾. Os resultados foram muito positivos: 30% de diminuição da demanda em serviços de urgência e emergência; 20% de redução de internações hospitalares; diminuição das consultas com especialistas e aumento das consultas com profissionais da APS; diminuição de telefonemas para médicos e enfermeiros; maior satisfação das pessoas usuárias; diminuição dos custos da atenção ⁽⁹⁰²⁾. Posteriormente, foi adotada para outras condições crônicas como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, câncer, asma, depressão, dor crônica e fibromialgia. A ACG tem sido aplicada com bons resultados na atenção às gestantes e no controle do sobrepeso e da obesidade ^(904, 905).

A ACG tem sido indicada para pessoas que necessitam de monitoramento contínuo, pessoas portadoras de condições crônicas estáveis, pessoas que precisam de maior tempo de atendimento e pessoas com necessidades intensas de apoio emocional ou psicossocial ⁽⁹⁰⁶⁾. A ACG é particularmente útil para as pessoas usuárias frequentes dos serviços de APS que, em geral, são portadoras de *illnesses* e são tratadas de forma inadequada e, por isso, apresentam resultados insatisfatórios e sempre estão insatisfeitas com a atenção que recebem ⁽⁹⁰⁷⁾. A ACG tem se mostrado efetiva em todos os grupos de idade ⁽⁹⁰⁸⁾. Em certas circunstâncias, membros das famílias das pessoas portadoras de condições crônicas podem participar dos grupos.

A ACG tem sido indicada por vários motivos: mostra à pessoa que ela não é a única com aquela condição; gera esperança ao ver casos de sucesso em outras pessoas; compartilha informações; diminui ansiedade; permite o desempenho de papéis de modelagem entre os pares; oferece aprendizagem interpessoal e cognitiva; e aumenta a coesão do grupo ⁽⁹⁰⁶⁾.

A implantação da ACG supõe um planejamento bem feito pela equipe multiprofissional e um espaço físico adequado para sua consecução, com os meios necessários ao desenvolvimento dos trabalhos de grupo.

A atenção é compartilhada porque sempre exige a presença de uma equipe multiprofissional que deve ter médico, enfermeiro, farmacêutico, assistente social e outros profissionais definidos em função da condição de saúde do grupo. Por exemplo, se for diabetes é importante a presença de nutricionista e do cirurgião-dentista, se for saúde mental do psicólogo etc. A presença do médico e do enfermeiro é imprescindível em todos os grupos.

O planejamento deve ser minucioso, devendo envolver um tempo de, pelo menos, dois meses, antes de começarem os atendimentos. Esse planejamento prévio envolve a definição dos objetivos da ACG que podem ser: aumentar a participação das pessoas na sua saúde, incrementar a satisfação das pessoas usuárias e da equipe com a atenção à saúde, alcançar os padrões ótimos definidos nas diretrizes clínicas e implantar um sistema de monitoramento das condições crônicas.

Os grupos devem ser formados por portadores de condições crônicas com situações semelhantes, em torno de vinte a vinte e cinco pessoas. É preciso considerar que, em média, 30% a 50% das pessoas não são sensíveis a participar de atividades de grupo e, por isso, é aconselhável selecionar em torno de 50 pessoas. Os participantes devem, previamente, manifestar sua intenção de participar dos grupos. Ou seja, a participação é sempre voluntária.

Esses grupos são formados a partir do exame dos registros por condições de saúde, segundo a estratificação dos riscos. Os prontuários clínicos e os planos de cuidados dos participantes devem ser revistos pela equipe da ESF. Deve haver uma clara definição das tarefas a serem desempenhadas pelos membros da equipe e a utilização de uma folha de distribuição de responsabilidades, como a proposta no Quadro 10, pode ser interessante. Após a elaboração da lista de participantes, deve ser feita uma segunda verificação, mais fina, para excluir pessoas que não apresentaram condições de participação na ACG, como pessoas com processos nosológicos terminais, pessoas com sérios problemas de memória ou de audição, pessoas com

diferenciações culturais, étnicas ou linguísticas profundas (podem ser organizados grupos específicos para essas pessoas), pessoas que viajam constantemente etc.

Os participantes devem receber uma carta, por escrito, dizendo o local, a data e o horário dos encontros e a equipe deve agendar previamente esses atendimentos. Um contato de reforço, telefônico ou por correio eletrônico, deve ser feito nos dias imediatamente anteriores à atividade.

Uma reunião preparatória da equipe de saúde deve ser feita antes da primeira sessão. As informações sobre cada participante do grupo são revistas e socializadas, bem como o papel de cada membro da equipe no atendimento. Os meios devem ser providenciados com antecedência: *flip charts*, pincéis, folhas, formulários para receitas e pedidos de exame, estetoscópios, aparelhos de pressão, monofilamentos para exame de pés, tarjetas de identificação, computadores, televisão, vídeos, síntese de histórico de saúde dos participantes e outros ⁽⁹⁰⁵⁾.

As principais normas de funcionamento da ACG são: encorajar todos a participarem; dar opinião de forma aberta e honesta; perguntar se não entender o que está sendo discutido; tratar cada qual com respeito e compaixão; ouvir atentamente os outros; tratar como confidenciais as informações compartilhadas no grupo; ser objetivo para que o trabalho possa começar e finalizar no tempo aprazado; e estar presente em todas as sessões planejadas.

A ACG exige, para o seu bom funcionamento, um espaço físico adequado, com todas as condições para desenvolver trabalhos de grupo. Esse espaço, como se mencionou, deve estar previsto no programa arquitetônico das unidades da ESF. Um bom exemplo é o espaço saúde das unidades de APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

O Boxe 19 descreve uma sessão de ACG.

Boxe 19: Uma sessão de atenção compartilhada a grupo na ESF

Os membros da equipe da ESF são definidos anteriormente e planejam todo o trabalho. Um local adequado para trabalho de grupo deve estar disponível.

Um membro da equipe deve estar presente na sala antes que as pessoas cheguem para acolhê-las e ajudá-las a se identificarem, nas tarjetas, pelo nome que gostariam de ser chamadas. No horário acordado a equipe multiprofissional se dirige à sala. Um membro da equipe assume as funções de facilitador-líder, muitas vezes o médico, e abre a sessão. Esse facilitador-líder deve ter domínio de dinâmicas de grupo de forma a poder lidar bem com diferentes tipos de comportamentos em grupo. Ele dá as boas-vindas e conduz a apresentação breve de todos os membros da equipe de saúde, bem como dos participantes (15 minutos). Em seguida, fala sobre os objetivos da ACG e abre espaço para questões dos participantes como: Que querem fazer? Que esperam desse trabalho? Que gostariam de saber sobre sua condição de saúde? Depois fala sobre as normas da ACG e indaga sobre as expectativas, inclusive de confidencialidade.

Depois, abre-se um tempo para interações e questões dos participantes. Essas questões são distribuídas pelo facilitador-líder aos demais membros da equipe para serem respondidas. Isso mostra para os participantes que a equipe trabalha conjuntamente. Os membros da equipe de saúde devem resistir à tentação de dar aulas, de dizer aos participantes o que eles acham que eles deveriam fazer em relação aos seus sintomas e aos seus tratamentos; essa atitude prescritora por parte dos profissionais de saúde mina as possibilidades de sucesso da ACG. O papel de cada membro da equipe de saúde é somente facilitar a interação do grupo e criar um ambiente de confiança em que os participantes possam colocar abertamente suas expectativas, seus medos, suas angústias, suas esperanças e suas possibilidades de controlarem suas condições de saúde. Os profissionais de saúde não devem responder às questões, mas redirecioná-las ao grupo com questões do tipo: Alguém aqui experimentou esse problema? O que funcionou para vocês? Isso aumenta a confiança dos participantes e sua habilidade de resolver, por si mesmos, seus problemas de saúde (30 minutos).

Em seguida, faz-se um intervalo, mas durante esse tempo (15 minutos), o médico conversa individualmente com os participantes e pode refazer a receita de medicamento de uso continuado e o enfermeiro toma os sinais vitais, cada qual começando de um lado. Em caso de presença de outros profissionais eles devem ter um momento com os participantes do grupo; por exemplo, o farmacêutico pode verificar a adesão aos medicamentos e o nutricionista fazer uma avaliação alimentar. Os membros da equipe devem perguntar aos participantes se desejam consultas individuais após a ACG. Caso positivo, devem agendá-las.

Há um intervalo em que deve ser oferecido um café ou compartilhados alimentos trazidos pelos participantes.

Na volta, retoma-se a sessão, para um momento de questões abertas sobre a saúde dos participantes ou sobre a dinâmica do grupo, a serem feitas e consideradas por todos os membros da equipe de saúde. Esse momento pode ser estimulado pelo facilitador-líder, a partir de um fato relevante como, por exemplo, um novo tratamento que apareceu na televisão naqueles dias (15 minutos).

Boxe 19: Uma sessão de atenção compartilhada a grupo na ESF

Após esse período de interações, inicia-se uma discussão sobre o que se pretende discutir no próximo atendimento, geralmente, um mês após essa primeira sessão. Há uma tendência das equipes de saúde de definirem tecnicamente essa agenda. Mas sabe-se que deixar emergir dos participantes essa agenda de discussão contribui para fortalecer os vínculos entre os participantes e para que os grupos desenvolvam um sentimento de autoconfiança.

Por fim, fecha-se a sessão, com um posicionamento claro e forte por parte do facilitador-líder, com um agradecimento e com a marcação do local e da data do próximo encontro (15 minutos).

Seguem-se os atendimentos individuais que foram agendados (30 minutos) e termina-se com um tempo livre a ser utilizado pela equipe de saúde segundo a evolução da sessão (30 minutos). Assim, uma sessão de ACG típica tem uma duração média de 2 horas e 30 minutos.

Fontes: Masley, Sokoloff, Hawes⁽⁹⁰¹⁾; Group Health Cooperative⁽⁹⁰²⁾; Scott, Robertson⁽⁹⁰⁹⁾; Beck, Scott, Williams, Robertson, Jackson, Gale et al.⁽⁹¹⁰⁾; Terry⁽⁹¹¹⁾; Noffisinger⁽⁹¹²⁾ Sadur, Moline, Costa, Michalik, Mendlovitz, Roller et al.⁽⁹¹³⁾; Thompson⁽⁹¹⁴⁾

A ACG oferece uma alternativa nova e mais satisfatória às equipes multiprofissionais de saúde para interagir com as pessoas usuárias que torna a atenção à saúde mais eficiente, que melhora o acesso aos serviços e que utiliza processos de grupos para motivar mudanças de comportamentos e melhorar os resultados sanitários. As pessoas que participam da ACG relatam que elas se conhecem melhor; que elas ficam sabendo que não são as únicas a apresentar uma determinada condição de saúde; que elas se relacionam com pessoas como elas; que elas adquirem novos conhecimentos; que elas têm uma oportunidade de fazer questões livremente; e que elas gostam da companhia dos demais componentes do grupo⁽⁹⁰²⁾.

O Boxe 20 relata a utilização da ACG na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Boxe 20: O cuidado compartilhado (CUCO) na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

O cuidado compartilhado (CUCO) é uma ferramenta de trabalho da APS voltada à mudança de comportamento, para aumentar a qualidade da atenção à população com doenças crônicas. É uma tecnologia de atenção à saúde que engloba a avaliação e o monitoramento de pessoas portadoras de doenças crônicas como depressão, diabetes e hipertensão, por uma equipe multiprofissional de saúde, num processo coletivo, focada nas metas do cuidado.

A dimensão da atenção multiprofissional engloba um atendimento conjunto de pessoas com condições crônicas cujas equipes de saúde facilitam o processo de atenção à saúde que vão além das necessidades orgânicas de cada indivíduo, envolvendo aspectos educacionais, sociais e psicológicos. O CUCO facilita às pessoas apropriarem-se de novas informações sobre sua condição crônica, compartilhem experiências e estreitem os laços de amizade entre os participantes; e fortalece o vínculo com a equipe multiprofissional, tornando o ambiente propício e oportuno para fazer questionamentos sobre a condição de saúde dos membros do grupo.

O grupo é formado de forma dinâmica, o que permite o agregar novos membros a qualquer momento. A dinâmica de funcionamento do CUCO parte das dúvidas, questionamentos, situações e/ou experiências vivenciadas pelos próprios participantes com sua condição crônica, permitindo discutir sobre o mesmo assunto com enfoques diferenciados, mas sempre voltados em fortalecer a autonomia e o autocuidado das pessoas, visando ao alcance de metas estabelecidas colaborativamente.

Os critérios de inclusão são pessoas com condição crônica que concordam em participar do cuidado compartilhado, conforme estratificação dos riscos. Os critérios de exclusão são pessoas que não se dispõem a frequentar o cuidado compartilhado.

A operacionalização dessa ferramenta ocorre por meio de encontros com vinte a trinta pessoas usuárias, estruturado como se segue.

Planejamento:

Definição de sessões fixas, com 50 vagas para cada uma, conforme necessidade de cada local, por exemplo, grupos às 8h30, outro às 10h, outro às 14h e outro às 16h. Pode-se também estabelecer outras datas e horários, inclusive mais tarde, conforme possibilidade da unidade de saúde, para as pessoas que têm interesse em participar, mas que trabalham.

Local:

O CUCO funciona no espaço saúde da unidade da APS.

Boxe 20: O cuidado compartilhado (CUCO) na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Convites:

Na primeira semana, os convites são distribuídos pelos ACSs. Os convites são feitos a 50 pessoas para cada horário. O número de participantes convidados deve ser em torno de 50 porque se sabe que 30% a 50% das pessoas não aderem aos trabalhos de grupos. Esses convites podem ser divididos entre as microáreas (por exemplo: se forem cinco microáreas, cada uma terá dez convites para cada um dos quatro horários disponibilizados, duzentos no total). Os ACSs oferecem os convites. A palavra "oferecer" é chave. O ACS oferece o convite e diz que é para a pessoa participar de uma proposta nova de trabalho, uma proposta bem bacana e que acharia muito legal se a pessoa pudesse comparecer, contando que os profissionais da unidade estarão esperando por ele. Explicam que são convites numerados, que a pessoa deve escolher um horário entre os disponíveis, mas que deve ser uma escolha consciente, pois a vaga escolhida não poderá ser usada por outra pessoa. Caso estejam esgotados os horários, os ACSs propõem ver se existem convites de sobra no horário escolhido com um colega e levar em outra oportunidade. Outra possibilidade de convite para o CUCO poderá ser realizada em atividade que já estejam ocorrendo na unidade de APS com pessoas portadoras de hipertensão, diabetes, distúrbios mentais etc. O convite escrito deve ser feito para essas pessoas com antecedência de, no mínimo, duas semanas (mas não muito mais do que isso) e deve ser assinado por um membro da equipe. Se possível, um telefonema, ou uma mensagem no celular, deverá ser enviado alguns dias antes da sessão para reforçar o convite. Essas comunicações devem ressaltar o fato de que o CUCO é uma atividade assistencial essencial e que contará com a presença do médico, do enfermeiro e de outros profissionais da equipe de saúde.

O CUCO estrutura-se em duas partes. A primeira parte consiste na técnica de resolução de problemas.

1ª parte (45 minutos): Técnica de resolução de problemas

Abertura da pauta/agenda:

Contextualizar os membros do grupo, contando que estão ali para participar de uma proposta nova de trabalho em que a participação deles é muito mais intensa do que usualmente se fazia na unidade.

- a. Dizer que a proposta é ouvir bastante as pessoas, com o foco em melhorar a atenção à sua condição de saúde.
- b. Pedir, então, que as pessoas expressem temas/dúvidas sobre os quais gostariam de falar.
- c. Caso não tragam muita coisa, pode-se perguntar sobre as experiências dos participantes a respeito da condição de saúde e de como enfrentam as dificuldades que a condição lhes impõem.

Boxe 20: O cuidado compartilhado (CUCO) na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Dinâmica do trabalho:

O trabalho do CUCO funciona com base em princípios motivacionais de resolução de problemas para que as pessoas usuárias portadoras de condições crônicas desenvolvam um comportamento mais saudável. As estratégias de resolução de problemas têm como principal objetivo desenvolver a habilidade das pessoas em lidar com situações difíceis, solucionando-as por meio de um conjunto de respostas efetivas. A técnica se propõe a fazer com que o grupo se capacite a: parar e refletir sobre a situação (condição crônica, comportamento que contribui com a melhora/piora do quadro); identificar e listar os problemas; eleger os mais relevantes e passíveis de enfrentamento; detalhar a situação, ser específico e preciso; descrever as possíveis soluções, avaliar suas consequências e eleger a mais viável e efetiva; implementar uma solução por meio de um plano de ação; monitorar e avaliar os resultados; e reiniciar o processo quantas vezes necessário. O encontro deve ser finalizado e uma forma construtiva de fazê-lo é resumir o progresso feito até então, reiterar quaisquer preocupações e intenções de mudanças expressas pelas pessoas, enfatizando sua liberdade de escolha e colocando-se à disposição como apoio. Se surgir a oportunidade, o profissional de saúde pode fazer as orientações e os encaminhamentos necessários.

2ª parte (45 minutos): avaliações

A equipe de saúde informa que agora vai para a "parte prática" do encontro, em que se dividem o grupo em grupos menores que se revezarão para avaliação conforme preconizado nas diretrizes clínicas referentes à condição crônica que une o grupo e nas necessidades das pessoas: tomada da pressão arterial, medidas de peso e de altura no primeiro encontro, medida de circunferência abdominal, medida de índice de massa corporal, exame de lesões bucais, exame do pé em portadores de diabetes, escala PHQ-9 em portadores de depressão, medida da insulina e outros.

No CUCO também se pode prescrever, solicitar exames, estabelecer, reavaliar e renegociar plano de autocuidado, encaminhar para outros grupos já formados na unidade e outras ações específicas de cada profissional.

Os dados do monitoramento devem ser anotados em planilha específica e servirão de subsídios para o estabelecimento ou repactuação do plano de autocuidado.

Um breve histórico das pessoas usuárias (resultado de exames, intercorrências, plano de autocuidado pactuado) deve estar à disposição para os profissionais a fim de auxiliar a elaboração ou repactuação do plano de autocuidado.

Nesse momento deve se fazer um combinado. O grupo combinará de se encontrar periodicamente no mesmo dia da semana e horário (por exemplo, toda a primeira terça-feira do mês, às 14h).

As pessoas usuárias de estratificação de menores riscos podem se reencontrar em meses alternados e se propõe que aqueles com maiores riscos voltem todos os meses aos encontros. Ao se estratificar o risco, as pessoas usuárias devem ser orientadas sobre a importância da frequência específica para cada estrato.

Boxe 20: O cuidado compartilhado (CUCO) na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Periodicidade de encontros do CUCO para pessoas com hipertensão arterial, diabetes e depressão:

RISCO	PERIODICIDADE
Baixo	Bimestral
Médio	Bimestral
Alto	Mensal
Muito alto	Mensal

Há uma série de comportamentos que o profissional de saúde não deve ter no CUCO: considerar-se detentor do conhecimento e do poder; estabelecer relações de hierarquia; dar ordens; ameaçar; dar conselhos; argumentar e contra-argumentar usando a lógica; interrogar e dialogar no estilo pergunta e resposta (ping-pong); fazer sermões (sejam eles moralizantes ou em forma de elogio), consolar, concordar ou aconselhar; estabelecer um confronto, discordar, julgar ou criticar, culpabilizar, ridicularizar; demonstrar desaprovação ou aprovação, irritabilidade ou intolerância; interpretar ou analisar; rotular; não ouvir, interromper a pessoa, concluir suas frases; estabelecer um foco prematuro; e não valorizar as informações da pessoa, distraído-se ou mudando de assunto.

O profissional de referência da unidade de APS para o CUCO é o auxiliar de enfermagem. Ele tem as seguintes funções: controle da relação das pessoas em cada grupo; coordenação de agenda para cada encontro e possibilidade de agenda de outros profissionais para participação do CUCO; ser referência de contato para as pessoas usuárias na unidade; ser referência de contato para os profissionais na unidade; estar presente no local do encontro com quinze minutos de antecedência para assegurar-se de que todo o material estará preparado para receber as pessoas e os outros profissionais; manter o controle de frequência dos inscritos; e verificar o local para realização do encontro (verificar disponibilidade do espaço saúde ou de alternativas como espaços na comunidade, como escola, associação de moradores, igreja e outros).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba ⁽⁹¹⁵⁾

A introdução da ACG foi considerada pela Academia Americana de Médicos de Família uma das dez principais recomendações para melhorar a medicina familiar nos Estados Unidos ⁽⁹¹⁶⁾. Estudo mostrou que a introdução da ACG na APS permitiu fazer uma economia de 15 mil dólares/ano por médico ⁽⁹¹⁷⁾.

Há evidências de que o ACG tem impacto na APS: na qualidade da atenção à saúde e nos resultados ^(905, 906, 918); na satisfação dos usuários ⁽⁹¹⁸⁾; na satisfação dos profissionais da APS ⁽⁹¹⁸⁾; e no melhor uso dos recursos ⁽⁹¹⁷⁾.

O SUS não tem uma experiência relevante na utilização da ACG na ESF. Mas as evidências de outros países indicam que a ACG deve ser introduzida, rotineiramente, na ESF, como forma de melhorar a efetividade, a eficiência e a qualidade da atenção,

racionalizar a agenda dos profissionais e de ter melhores resultados no manejo das condições crônicas.

A ATENÇÃO CONTÍNUA (AC)

O conceito de AC aqui utilizado é o proposto pelo *Group Health Cooperative* ⁽⁹¹⁹⁾. Ele se diferencia de outro conceito de atenção contínua à saúde, muito usado em sistemas públicos como os do Reino Unido e do Canadá e que significa um cuidado provido por um período de tempo continuado para responder às necessidades físicas ou psicológicas de pessoas usuárias em função de deficiências, acidentes ou doenças de curso longo e que é prestado em centros de enfermagem, em residências, em instituições de longa permanência ou em unidades de cuidados paliativos ^(920, 921).

A AC foi desenvolvida para o manejo de pessoas portadoras de condições crônicas na APS. Ela foi proposta para atender pessoas de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde, num mesmo turno de trabalho. Em geral, o último horário é dedicado a um trabalho de grupo, com objetivo de educação em saúde.

A AC contínua é feita para pessoas que são agendadas, em sequência, para atendimentos individuais com cada membro da equipe de saúde. Por exemplo, uma pessoa portadora de diabetes pode ter uma consulta com o médico de 9h a 9h15; com o enfermeiro de 9h15 a 9h30; com o farmacêutico de 9h30 a 9h45; e com o nutricionista de 9h45 a 10h. Ao final, faz-se uma atividade educacional em grupo que pode ser agendada de 10h a 10h45. Com isso, a atenção torna-se mais confortável para a pessoa usuária porque, numa única manhã, ela se desloca para um único lugar e tem a atenção prestada por diferentes profissionais da equipe da ESF.

A AC tem como pressuposto que cada atendimento profissional é singular, envolvendo aspectos em que o profissional tem vantagens comparativas sobre os outros membros da equipe da ESF. Assim, uma prática correta de AC envolve um planejamento adequado que permita otimizar o tempo dos profissionais e das pessoas usuárias.

A AC é prestada, em série, por diferentes profissionais, mas não envolve o trabalho concomitante desses profissionais.

Os elementos incorporados na AC podem ser: atenção clínica e cuidados preventivos, por exemplo, no diabetes: exame do pé, exame oftalmológico, orientação nutricional, avaliação de exames complementares, orientações sobre comportamentos saudáveis, referência a especialistas etc.; atenção farmacêutica: efeitos adversos, adesão aos medicamentos, conciliação de medicamentos; avaliação periódica de

saúde; educação em saúde; apoio a mudanças de comportamento; e contatos com a equipe de saúde.

A AC indica-se para portadores de condições crônicas nas seguintes situações: prevenir ou minimizar complicações para pessoas com incapacidades importantes; gerenciar proativamente a atenção em subpopulações específicas; coordenar os serviços preventivos; monitorar as intervenções que têm sido feitas com base em evidências de sua efetividade ou de padrões ótimos de atenção; elaborar ou revisar os planos de cuidados realizados conjuntamente pela equipe de saúde e pela pessoa usuária; e avaliar os processos e resultados da atenção. A AC aplica-se, com especial interesse, em avaliações iniciais de pessoas portadoras de condições crônicas que se beneficiam de diferentes abordagens profissionais.

Os objetivos a serem alcançados pela AC são: melhorar os resultados sanitários, aumentar a satisfação das pessoas usuárias, monitorar a condição crônica, aumentar a satisfação da equipe de saúde e reduzir a utilização de serviços desnecessários. Por exemplo, a AC de idosos frágeis deve ter como foco a avaliação e monitoramento da capacidade funcional, a avaliação e monitoramento dos medicamentos, o monitoramento do autocuidado e a revisão do trabalho dos cuidadores e da família.

Um bom planejamento da AC envolve uma distribuição clara das tarefas que cada membro da equipe multiprofissional deverá fazer num turno de trabalho com as pessoas, de modo a evitar retrabalho e redundância entre os diferentes profissionais. Da mesma forma, as tarefas de apoio e logística devem estar bem definidas. O formulário do Quadro 10 pode ser útil no planejamento da AC na ESF.

Reuniões das equipes da ESF para avaliação e planejamento da AC devem ser feitas de forma contínua e periódica.

A seleção das pessoas para a AC deve ser feita a partir do exame dos registros de pessoas portadoras de condições crônicas, o que significa ter critérios de inclusão e de exclusão. A opção por participar da AC é da pessoa usuária que deve receber uma clara explicação da equipe sobre o que é a AC e sobre seus benefícios.

A seleção é feita por coortes de oito pessoas que são distribuídas pelos profissionais da equipe da ESF, em atendimentos individuais face-a-face, de 15 minutos cada (quatro pessoas com quatro diferentes profissionais em cada hora). 45 minutos são reservados para grupos de pessoas em atividades educacionais.

É fundamental reservar horário na agenda dos profissionais para a AC, o que pode ser por turnos de trabalho que são previstos para todo o ano em função do número de coortes de pessoas que aceitaram participar desse tipo de atendimento.

Por exemplo, a manhã das quartas-feiras de todos os meses será dedicada à AC. O número de turnos pode ser obtido dividindo o total de pessoas que desejam participar da AC por oito que é o número de pessoas de cada coorte.

A implantação da AC exige um planejamento adequado da equipe multiprofissional e um espaço físico adequado para as sessões em grupo. As equipes devem se preparar com base no exame dos prontuários clínicos e nos registros de pessoas usuárias por condições de saúde, construídos por estratos de riscos. Os prontuários clínicos e os planos de cuidados dos participantes devem ser revistos previamente pela equipe de saúde.

Os participantes devem ser indagados sobre seu interesse em participar da AC por meio de uma carta enviada um mês antes do primeiro atendimento. Quinze dias antes da AC as pessoas devem ser contatadas para confirmação de sua presença e comunicadas dos horários e locais de atendimento com cada profissional. É preciso ter certo que nenhuma pessoa está agendada para mais de um profissional ao mesmo tempo. Em certas circunstâncias, exames complementares podem ser solicitados para estarem à disposição da equipe no dia da AC, por exemplo, a hemoglobina glicada para portadores de diabetes.

As salas de atendimento individual e de grupo devem estar disponíveis para a AC no seu momento de realização.

Deve haver um coordenador da AC que pode ser um dos membros da equipe, por exemplo, um enfermeiro ou um técnico/auxiliar de enfermagem. Esse coordenador articula-se com o pessoal administrativo para verificar se todas as comunicações foram feitas em tempo oportuno, recebe as pessoas no dia do AC, verifica se os profissionais e os locais de atendimento estão disponíveis, checa se os exames complementares solicitados estão prontos e orienta os fluxos na unidade.

Uma AC típica é mostrada no Boxe 21.

Boxe 21: A programação da AC numa unidade de APS do *Group Health*

A programação da AC é feita para uma coorte de oito pessoas portadoras de condições crônicas, por um turno de trabalho de quatro horas e agendada previamente com os profissionais. No caso, trata-se de uma AC feita com o médico, o enfermeiro, o farmacêutico e um profissional facilitador de um grupo de educação em saúde.

PESSOA	RECEPÇÃO	MÉDICO	ENFERMEIRO	FARMACÊUTICO	GRUPO
Pessoa 1	8h40	8h45-9h00	9h00-9h15	9h15-9h30	10h30-11h15
Pessoa 2	8h55	9h00-9h15	9h15-9h30	9h30-9h45	10h30-11h15
Pessoa 3	9h10	9h15-9h30	9h30-9h45	9h45-10h00	10h30-11h15
Pessoa 4	9h25	9h30-9h45	9h45-10h00	10h00-10h15	10h30-11h15
Pessoa 5	9h40	9h45-10h00	10h00-10h15	11h30-11h45	10h30-11h15
Pessoa 6	9h55	10h00-10h15	11h30-11h45	11h45-12h00	10h30-11h15
Pessoa 7	10h00	10h15-10h30	11h45-12h00	12h00-12h15	10h30-11h15
Pessoa 8	11h30	11h45-12h00	12h00-12h15	12h15-12h30	10h30-11h15

A AC é feita trimestralmente para cada coorte.

A carta convite padrão escrita às pessoas é a seguinte:

Prezado(a) Sr(a) _____

A fim de melhorar a atenção à sua saúde nós estamos iniciando, em nossa unidade, uma atividade denominada de atenção contínua.

É uma atividade clínica que você poderá, para seu conforto, vir à nossa unidade um turno de quatro horas e receber atenção de vários profissionais que estão envolvidos no seu tratamento. Você terá atendimento pelo médico, pelo enfermeiro e por outros profissionais que são importantes para sua saúde. Haverá, também, uma atividade de grupo para que você possa trocar ideias com outras pessoas com a mesma condição de saúde e informar-se melhor a respeito de como controlá-la.

Você está convidado(a) a participar da primeira atividade de atenção contínua que será realizada em nossa unidade no dia _____. Um profissional de nossa equipe entrará em contato com você para explicar com mais detalhes o que é a atenção contínua e para agendar sua participação. Se preferir pode nos contatar pelo telefone _____ ou pelo correio eletrônico _____.

Atenciosamente,

(profissional da unidade)

Fonte: Adaptado de Group Health Cooperative ⁽⁹¹⁹⁾

O ESTABELECIMENTO DE NOVAS FORMAS DE RELAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Uma sétima mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está no estabelecimento de novas formas de relação entre a ESF e a atenção ambulatorial especializada (AAE). Esse movimento de mudança está sustentado por evidências provindas do elemento desenho do sistema de prestação de serviços do CCM⁽³⁾.

A existência de especialistas e generalistas obedece aos princípios da divisão técnica do trabalho que exige competências e habilidades diferenciadas por tipos de profissionais.

O estabelecimento dessas novas formas de relação entre a ESF e AAE implica mudanças nos âmbitos dos cuidados primários e dos ambulatorios especializados, o que significa operar em RASs de forma a coordenar esses dois níveis de atenção⁽²¹⁾. Mas há que se ressaltar que a coordenação das relações entre a ESF e a AAE, na perspectiva das RASs, é uma função da equipe da ESF.

A AAE é uma das áreas menos estudadas no SUS. O diagnóstico recorrente, muitas vezes baseado em ideias de senso comum, é que a AAE é um gargalo no SUS pela insuficiência de oferta, normalmente chamada de "vazios assistenciais da média complexidade". Ainda que não se possa negar que há déficit de oferta em algumas especialidades, boa parte do problema parece residir nos vazios cognitivos, já que se pesquisa pouco sobre a AAE no nosso país. Um aprofundamento da questão vai mostrar que muitos problemas que se manifestam fenomenicamente sob a forma de vazios assistenciais podem ser solucionados por meio de novas formas de organização das relações entre a ESF e a AAE sem, necessariamente, aumentar a oferta de serviços secundários.

Certas situações são fundamentais em causar desequilíbrios entre oferta e demanda por AAE. Tomem-se, como exemplos, três delas.

O MPR evidencia que numa população portadora de condição crônica, 70% a 80% são de condições menos complexas e, essas pessoas, devem ter sua atenção concentrada na equipe da ESF e nas ações de autocuidado porque, em geral, não se beneficiam da AAE. É certo que mesmo para essas pessoas, o juízo clínico dos profissionais de cuidados primários pode indicar, em situações determinadas, interconsultas com especialistas. Não obstante, as unidades de AAE, por falta da estratificação de riscos

na ESF, estão lotadas de pessoas portadoras de condições crônicas mais simples, por exemplo, portadores de hipertensão de baixo e médio riscos. Quem visita os centros de especialidades médicas tradicionais dá conta dessa realidade. Essa é uma das causas que pressionam, forte e indevidamente, a agenda das unidades de AAE gerando reclamações sobre as dificuldades de se conseguirem consultas com especialistas. Isso pode ser resolvido com a introdução da estratificação de riscos na ESF, segundo as evidências do MPR, o que reduziria significativamente a demanda por AAE.

Outro fator que pressiona a agenda das unidades de AAE é a vinculação definitiva das pessoas referidas aos especialistas por generalistas, por esses profissionais especializados. Num município brasileiro de grande porte, verificou-se que 65% das consultas médicas com especialistas eram de retorno e, apenas, 35% eram de casos novos ⁽⁹²²⁾. É certo que um pequeno percentual de pessoas podem se vincular definitivamente aos especialistas. Contudo, as novas formas de relação entre a ESF e a AAE são baseadas nas interconsultas, o que, além de prover uma melhor atenção à saúde, reduz a pressão sobre a agenda da unidade de AAE.

Outro fator de desequilíbrio entre oferta e demanda está no forte centramento da atenção ambulatorial na consulta médica individual e presencial. Em geral, os centros de especialidades médicas tradicionais não operam com equipes multiprofissionais envolvidas no cuidado especializado. Por outro lado, não há uma prática de introdução de novas formas de atenção como ACG, AC, atenção por pares e outras que permitiriam aliviar, relativamente, a agenda dos médicos especialistas e melhorar a qualidade da atenção.

Esses três fatores – há outros além deles –, se modificados poderiam ter um impacto significativo no desequilíbrio entre a demanda e a oferta por AAE. Isso significaria, predominantemente, mudanças de processos nas unidades de AAE, sem grandes investimentos na estrutura para incremento unilateral da oferta de serviços.

O tema das relações entre a ESF e a AAE pode ser discutido em várias dimensões. Aqui ele vai ser abordado em três aspectos: as considerações sobre os generalistas e os especialistas, os modelos de relação entre a ESF e a AAE e os modelos de organização da AAE.

OS GENERALISTAS E OS ESPECIALISTAS

O trabalho em RASs implica relações próximas e coordenadas entre os generalistas e os especialistas.

No caso, os generalistas são os profissionais que atuam nas equipes da ESF e os especialistas são os profissionais que fazem parte de equipes de AAE que constituem pontos de atenção secundária das RASs.

A relação entre generalistas e especialistas é uma expressão temática das tendências organizacionais em geral, e do setor industrial em particular, em que se observou a necessidade da especialização para lidar com uma complexidade crescente, mas sob a supervisão e coordenação de gerentes generalistas quando essa complexidade é muito alta ⁽⁹²³⁾. As funções dos generalistas, em quaisquer campos da atividade humana, são: enxergar a organização como um todo e suas relações com o ambiente externo; atuar como centros de comunicação entre todas as partes da organização e do ambiente externo; e ajudar a organização a adaptar-se às mudanças internas e externas. Os problemas intraorganizacionais ou entre a organização e o ambiente externo são levados ao generalista que pode tentar resolvê-lo ou encaminhá-lo para um especialista para solucioná-lo, mas, ainda assim, cabe ao generalista garantir que o problema seja tratado conforme o interesse geral da organização, o que é sua tarefa ⁽⁶⁸⁹⁾.

É preciso ter em mente que os especialistas não são somente os médicos. Nos ambulatórios especializados há outros especialistas como assistentes sociais, cirurgiões dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros que desenvolvem, nesses ambulatórios, trabalhos especializados de nível secundário. Portanto, num ambulatório especializado em diabetes pode haver enfermeiros e farmacêuticos especialistas em diabetes e num ambulatório especializado em pessoas idosas pode haver enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais especializados em atenção às pessoas idosas.

A utilização de enfermeiros especialistas é crescente em vários países. Na Suécia é comum a utilização de enfermeiros especializados em diabetes e em doenças respiratórias crônicas ⁽⁹²⁴⁾. Nos Estados Unidos havia, em 2010, aproximadamente 60 mil enfermeiros especialistas (*clinical nurse specialists*), boa parte deles trabalhando em ambulatórios especializados ⁽⁹²⁵⁾.

Há enfermeiros especialistas em uma condição crônica, como diabetes ou asma, e há enfermeiros especialistas em mais de uma condição crônica, os *advanced practice nurses* ⁽⁷⁹³⁾.

Evidências demonstraram que o trabalho de enfermeiros especialistas é efetivo e eficiente. Uma revisão sistemática de sete ensaios clínicos randomizados mostrou que o trabalho de enfermeiros especialistas em pessoas idosas portadoras de condições crônicas melhorou os resultados da atenção e reduziu custos ⁽⁹²⁶⁾. Ensaio clínico randomizado

verificou que enfermeiros especialistas reduziram os atendimentos não programados em asma ⁽⁹²⁷⁾. Ensaio clínico randomizado, realizado na Holanda, demonstrou que o trabalho de enfermeiros especialistas com crianças portadoras de asma reduziu as consultas e os custos da atenção ⁽⁹²⁸⁾. Pesquisa feita nos Estados Unidos constatou que os enfermeiros especialistas em asma reduziram as internações hospitalares de crianças e os custos da atenção ⁽⁹²⁹⁾. Ensaio clínico randomizado, feito na Escócia, verificou que as pessoas portadoras de insuficiência cardíaca acompanhadas por enfermeiros especializados tiveram menores probabilidades de morrer e de se internarem ⁽⁹³⁰⁾.

No SUS há experiências relevantes de utilização de equipe multiprofissional em ambulatórios especializados. No Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais, um ambulatório especializado microrregional para doenças cardíacas e diabetes, vários especialistas trabalham em conjunto: médicos (endocrinologista, angiologista, cardiologista), enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo ⁽⁹³¹⁾. No Centro Mais Vida de Belo Horizonte, um equipamento de atenção ambulatorial especializada para atenção às pessoas idosas, há diversos especialistas na equipe: médicos (geriatra, neurologista), enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico e assistente social ⁽⁹³²⁾.

Em relação aos médicos, na perspectiva de sistemas de atenção à saúde estruturados em RASs, é fundamental a presença equilibrada de médicos generalistas e especialistas, atuando conjuntamente em benefício das pessoas usuárias e de suas famílias.

É o que sugerem McWhinney e Freeman ⁽⁶⁸⁹⁾ quando afirmam que qualquer organização depende do equilíbrio entre generalistas e especialistas, mas que nas organizações de saúde, até pouco tempo atrás, se questionava o valor dos médicos generalistas, com o argumento de que a explosão do conhecimento impossibilitava uma atuação de generalistas e convocava a fragmentação da medicina em especialidades. Esse posicionamento envolve um erro de argumento ao assumir que o conhecimento é uma porção material que cresce por adição. Assim, se correto esse raciocínio, isso ocorreria com qualquer especialidade que, após a acumulação de conhecimentos no tempo, teria de se fragmentar em subespecialidades. Com isso se demonstra, por contradição, que não é real a suposição da impossibilidade do generalista. Ao contrário, o generalista é essencial na ESF, pois exerce três funções fundamentais: a resolução da grande maioria dos problemas mais comuns de saúde, a coordenação do cuidado e a responsabilização pela população a ele adscrita ⁽⁶⁰⁾.

As falácias sobre os médicos generalistas e os especialistas baseiam-se em seis conceitos equivocados: o generalista tem de conhecer todo o campo do conheci-

mento médico; em qualquer campo da medicina, o especialista sempre sabe mais do que o generalista; ao especializar-se, a incerteza pode ser eliminada; é apenas por meio da especialização que se pode atingir a profundidade do conhecimento; à medida que a ciência avança, a carga de informação aumenta; e o erro em medicina é geralmente causado por falta de informação ⁽⁶⁸⁹⁾.

Há de se reconhecer que generalistas e especialistas têm formações e competências diferentes, especialmente quando os generalistas são médicos de família e comunidade, um profissional imprescindível à ESF.

Quanto à formação, os médicos generalistas devem ser formados e educados em unidades de cuidados primários e por educadores com conhecimento e experiência nesse nível de atenção. Essa seria uma terminalidade a ser garantida pelas escolas médicas na graduação, acrescida da formação de especialistas em medicina de família e comunidade, especialmente em residências médicas. Já os médicos especialistas devem ser formados por pós-graduações com ênfase em centros ambulatoriais e hospitalares especializados, o que, em geral, já ocorre.

As competências dos médicos de família e comunidade e especialistas são diferenciadas.

Os médicos que praticam a ESF devem tolerar a ambiguidade porque muitos problemas não podem ser codificados segundo uma nomenclatura padrão de diagnóstico; devem saber se relacionar com as pessoas usuárias sem a presença de uma anomalia biológica; e devem ser capazes de manejar vários problemas ao mesmo tempo, muitas vezes não relacionados com uma etiologia ou uma patogênese. O médico da ESF é orientado para os problemas e formado para responder às manifestações mais frequentes desses problemas, num contexto de atenção centrada na pessoa e na família e com orientação comunitária. Ele deve ter competências para a solução de problemas não diferenciados, competências preventivas, competências terapêuticas e competências de gestão de recursos locais ⁽⁶⁸⁹⁾. O papel do médico generalista é ilustrado por um dito espanhol que afirma: "*O médico de família do Rei da Espanha sabe menos cardiologia que um cardiologista, mas é o que mais sabe sobre o Rei*" ⁽⁹³³⁾.

Diferentemente, os especialistas geralmente veem uma doença em estágios mais avançados ou após encaminhamento pelo generalista; como seu treinamento ocorre em pontos de atenção secundários e terciários, operam com estágios mais diferenciados dos problemas e tendem a superestimar a probabilidade de ocorrência de enfermidades sérias na população ⁽⁶⁷⁾. Os especialistas, ao lidar com maior frequência com determinados problemas, podem produzir serviços de maior qualidade em sua especialidade, em função da escala. Mas não estão tão bem preparados para lidar

com sintomas e enfermidades vagos ou com serviços preventivos ou autocuidado, o que significa, por outro lado, perda de qualidade da atenção à saúde. Embora especialistas usualmente apresentem melhor adesão a diretrizes clínicas voltadas para a atenção a doenças específicas, os desfechos gerais da atenção (especialmente, mas não exclusivamente, desfechos relatados por pessoas usuárias) não são melhores e, frequentemente, são piores, que quando o cuidado é provido por médicos generalistas. Estudos que comprovam a superioridade do cuidado oferecido por especialistas estão mais propensos a serem metodologicamente frágeis, particularmente em relação a falhas de ajuste para o *mix* de casos ⁽⁹³⁴⁾.

Não obstante as diferenças que existem entre médicos generalistas e especialistas, há que se reconhecer que é falso o dilema colocado sobre esses profissionais. Um bom sistema de saúde há, sempre, de operar com o trabalho conjunto desses médicos. O que pode ser considerado são aspectos ligados à dimensão qualitativa e quantitativa dessas relações que devem ser equilibradas.

Do ponto de vista qualitativo impõem-se relações de trabalho compartilhado entre a ESF e a AAE.

Do ponto de vista quantitativo deve ser buscada uma relação ótima entre médicos de família e comunidade e especialistas, o que não ocorre no SUS, por falta de oferta de médicos com formação em saúde da família e comunidade. Esse equilíbrio exigirá o incremento forte da oferta desses últimos para atuarem na ESF.

A utilização excessiva dos médicos especialistas é responsável pela descoordenação da atenção à saúde. Por exemplo, nos Estados Unidos, 25% dos beneficiários do sistema *Medicare*, um programa público de atenção às pessoas idosas, que apresentam cinco ou mais condições crônicas, fazem, em média, por ano, treze consultas médicas a diferentes médicos que geram 50 prescrições diferentes e, isso ocorre, em função da falta de coordenação da atenção à saúde por médicos generalistas ⁽²⁷⁾. Além disso, como mostrou uma clássica pesquisa sobre variações regionais da atenção à saúde nos Estados Unidos, feita com beneficiários do programa *Medicare*, a presença excessiva de especialistas leva a resultados sanitários e econômicos inferiores ⁽¹⁶⁴⁾. A comparação entre regiões de maiores e menores gastos em saúde, mostrou que as de maiores gastos, apesar de ofertarem mais serviços (aproximadamente 60% a mais que as de menores gastos), apresentavam menor satisfação das pessoas usuárias em relação a serviços preventivos e o mesmo nível de acesso. O estudo reitera o que se sabe: há associação entre mais dinheiro e mais serviços, mas não há associação entre mais serviços e mais saúde. Uma das explicações para esses resultados foi a forte orientação para especialistas que caracterizavam as regiões de altos gastos.

É fundamental que a relação entre médicos generalistas e especialistas seja coordenada pelos generalistas.

Há evidências de que a introdução de médicos generalistas gera bons resultados: uma maior proporção de médicos generalistas diminui as internações hospitalares; reduz o fluxo de pessoas usuárias para os serviços secundários; diminui a demanda por serviços de urgência e emergência; reduz os custos da atenção à saúde e produz bons resultados nos níveis de saúde da população ^(73, 106, 923, 935, 936, 937, 938, 939, 940). Há, também, evidências de que o acesso regular à APS provida por generalistas, em relação àquela prestada por especialistas, leva à redução da mortalidade ^(104, 941); à melhoria dos níveis de saúde ⁽⁹⁴²⁾; a um maior acesso a serviços preventivos ^(943, 944); a uma cobertura maior de vacinação ⁽⁹⁴⁴⁾; à redução de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial ⁽⁹⁴⁵⁾; e a melhores resultados pós-cirúrgicos ⁽⁹⁴⁶⁾. Uma revisão sistemática encontrou que a continuidade do cuidado é mais provável de ocorrer com os generalistas do que com os especialistas e está associada com menores taxas de internação e de atenção em unidades de urgência e emergência e com redução dos custos totais da atenção à saúde ⁽¹⁵⁷⁾.

Do ponto de vista econômico, os médicos generalistas, segundo estudo feito em quatorze países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), custaram, em média, em remuneração do trabalho, 50% menos que os especialistas ⁽⁹⁴⁷⁾. Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que, no ano de 2005, o salário médio anual de um médico de família foi US\$ 161 mil, o de um obstetra de US\$ 247 mil, o de um anestesiológico de US\$ 325 mil, o de um urologista de US\$ 335 mil, o de um cirurgião ortopedista de US\$ 396 mil e o de um cirurgião cardíaco de US\$ 427 mil ⁽¹⁵⁵⁾. Há outros trabalhos que evidenciaram os menores custos dos generalistas ^(79, 162, 163). Países com maior proporção de médicos generalistas tendem a apresentar menores gastos sanitários *per capita* em relação aos países com maiores proporções de especialistas ⁽⁶⁷⁾.

A explicação dos maiores gastos com especialistas está na propensão desses médicos em aumentar o volume dos procedimentos realizados ⁽⁹⁴⁸⁾. Mesmo quando o valor pago pelos procedimentos foi reduzido, tal como ocorreu no programa *Medicare*, nos Estados Unidos, os especialistas compensaram essa redução pelo incremento do volume de procedimentos ⁽⁹⁴⁹⁾. No período de 1988 a 2002, enquanto o volume de procedimentos feitos por médicos generalistas, por beneficiário/ano, cresceu 2,6%, o volume de procedimentos ofertados por cardiologistas e dermatologistas aumentou 5,9%. Outros estudos mostraram que os especialistas incrementaram sua produtividade fazendo mais procedimentos por hora de trabalho; ao contrário, dada a natureza e a pressão da agenda dos médicos de APS, não é possível aumentar a produtividade desses profissionais sem prejudicar a qualidade e diminuir a satisfação das pessoas

usuárias. Pode-se concluir que há uma associação forte entre o aumento do volume e o aumento da renda dos especialistas, sugerindo que os aumentos em volume são mais significativos que os aumentos nos valores dos procedimentos para determinar o crescimento da renda dos médicos especialistas⁽¹⁵⁵⁾. Mais uma manifestação do princípio da indução da demanda pela oferta tão presente nos sistemas de atenção à saúde.

Do ponto de vista de outro objetivo dos sistemas de atenção à saúde, a equidade, constatou-se que médicos generalistas contribuem para a redução das iniquidades em saúde, o que não acontece com os especialistas⁽⁹⁵⁰⁾.

Os médicos de APS variam segundo países: nos Estados Unidos diferentes profissionais – internistas especializados, internistas generalistas, médicos de família, obstetras e pediatras –, estão presentes na prestação de cuidados primários, mas na Europa Ocidental e no Canadá predominam os médicos de família e os clínicos gerais.

Pesquisa feita nos Estados Unidos, comparando a APS prestada por internistas e médicos de família/generalistas mostrou que: os internistas gastaram mais tempo com as pessoas usuárias; pediram mais exames laboratoriais (73% das consultas contra 34% dos médicos de família/generalistas); solicitaram mais radiografias (53% das consultas contra 19% dos médicos de família/generalistas); por outro lado, os internistas tiveram maior probabilidade de oferecer orientações referentes a problemas de saúde (17,8% dos internistas contra 12,4% dos médicos de família/generalistas). Essa mesma pesquisa, comparando os pediatras e os médicos de família/generalistas, concluiu que os pediatras pediram mais exames laboratoriais, mas prescreveram menos medicamentos para certas categorias de doenças⁽⁹⁵¹⁾. Outra pesquisa demonstrou que os pediatras realizaram mais testes diagnósticos, deram mais orientação para o crescimento e desenvolvimento e realizaram mais imunizações, enquanto os médicos de família orientaram mais sobre os problemas familiares, deram mais orientação sobre sexualidade e apresentaram maior probabilidade de oferecer uma variedade mais ampla de serviços, especialmente em cirurgias menores. Essa pesquisa comparou, também, o trabalho dos médicos de família e dos internistas generalistas, o que revelou que os internistas pediram duas vezes mais exames de sangue, radiografias torácicas e eletrocardiogramas, gastaram mais tempo com as pessoas, encaminharam mais a especialistas, internaram mais e o custo médio da consulta foi duas vezes maior para os internistas^(67, 643). Outro estudo comparativo de médicos de família e internistas generalistas indicou que as pessoas atendidas pelos médicos de família gastaram menos com medicamentos e fizeram menos consultas com dermatologistas e psiquiatras, mas se utilizaram mais de consultas de urgência e emergência; as taxas de hospitalização, de consultas ambulatoriais e os gastos com exames de laboratório e radiológicos foram iguais para os dois tipos de médicos⁽⁶⁷⁾. Em termos de satisfação das pessoas usuárias, ela foi maior entre os que

utilizaram os médicos de família em relação aos que utilizaram internistas generalistas ou pediatras ⁽⁹⁵²⁾. Uma pesquisa verificou que uma maior oferta de médicos de APS está associada com menores taxas de mortalidade, mas ao desagregar os tipos de médicos, constatou que essa redução se deu com os médicos de família, mas não com os internistas generalistas, nem com os pediatras ⁽¹⁰⁶⁾.

No que diz respeito às proporções entre especialistas e generalistas, estudos realizados em áreas com presença maior de especialistas que de generalistas mostraram piores resultados: maiores taxas de consultas médicas desvinculadas das necessidades de saúde; os especialistas podem tratar exageradamente as pessoas de maneira superficial; e há maior frequência de exames complementares falso-positivos ^(953, 954). Os testes falso-positivos apresentaram a probabilidade de levar a diagnósticos de doenças que não existem e, por consequência, a novos testes e a tratamentos desnecessários; a probabilidade da acurácia de resultados positivos dos testes diagnósticos variou com o lugar em que é feito: é de 1:50 na APS e de 1:3 na atenção especializada ⁽⁹⁵⁵⁾; os médicos de APS estão em melhores condições de evitar erros de diagnósticos porque conhecem melhor as pessoas que atendem e as acompanham longitudinalmente, por longos períodos de tempo ⁽⁹⁵⁵⁾. Estudo mostrou que há uma associação entre maiores proporções de especialistas e taxas de mortalidade mais altas ⁽¹⁰⁶⁾. Em geral, os especialistas solicitam mais exames complementares porque são treinados em pontos de atenção secundários e terciários nos quais as pessoas apresentam uma maior possibilidade de ter uma doença. Estudo feito no programa *Medicare*, nos Estados Unidos, mostrou que as regiões com mais alta concentração de especialistas apresentaram gastos maiores em saúde e propiciaram uma atenção menos efetiva e de menor qualidade ⁽¹⁴⁰⁾.

Tem sido sugerido que a excessiva utilização da atenção especializada em relação à APS nos Estados Unidos é uma das causas do país, apesar de ter o maior gasto *per capita* em saúde no mundo, apresentar níveis de saúde inferiores aos de países desenvolvidos que gastam muito menos, como é o caso de ocupar a 23ª posição em expectativa de vida ao nascer. Sabe-se, também, que quanto maior a oferta de especialistas, maiores as taxas de consultas aos especialistas, em função do princípio da indução da demanda pela oferta. Além disso, sabe-se que a utilização dos especialistas fora de sua área de atuação principal produz resultados piores que os médicos generalistas. Pode-se afirmar que os médicos de APS lidam tão bem quanto os especialistas no cuidado das doenças específicas mais comuns e têm melhor desempenho quando as medidas de qualidade são mais genéricas ⁽⁹⁵⁵⁾.

Há estudos que comparam a atenção às gestantes prestada por obstetras e médicos de família. Um deles não encontrou diferenças nos riscos biológicos para as gestantes, mas concluiu que aquelas cuidadas por médicos de família tiveram uma

incidência significativamente menor de cesarianas, de uso de fórceps, de diagnósticos de desproporção céfalo-pélvica e de nascimentos prematuros ⁽⁹⁵⁶⁾. Outro estudo observou que as mulheres atendidas por médicos de família, em relação àquelas atendidas por obstetras, apresentaram menor probabilidade de receber anestesia peridural durante o trabalho de parto ou uma episiotomia e apresentaram taxas menores de cesarianas ⁽⁹⁵⁷⁾.

As proporções entre médicos generalistas e especialistas variam fortemente, mesmo em países que adotaram os generalistas na APS: no Reino Unido: 60% de generalistas e 40% de especialistas; em Portugal: 30% de generalistas e 70% de especialistas; na Espanha, 37% de generalistas e 63% de especialistas; e nos Estados Unidos, 1/3 de generalistas e 2/3 de especialistas ^(933, 955). Com relação ao percentual de pessoas atendidas por especialistas há uma variação por países: 60% a 80% da população nos Estados Unidos, 31% da população em Ontário, Canadá; 30% da população na Espanha e 15% das pessoas abaixo de 65 anos no Reino Unido ⁽⁹³³⁾.

A análise de todas essas evidências permitem supor que um bom sistema de atenção à saúde, estruturado na perspectiva das RASs, deve buscar uma otimização das relações entre os médicos especialistas e os médicos generalistas, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo.

É oportuno que as evidências sobre médicos generalistas e especialistas sejam refletidas na realidade do SUS. Algumas críticas realizadas de forma desinformada e sem base em evidências, tentam impingir à ESF a pecha de uma solução simplista e obsoleta, sacralizada ideológica e corporativamente, e que se expande politicamente, sem ter a sua estratégia radicalmente reformulada. E a reformulação radical proposta consiste em substituir o médico de família e comunidade pela presença permanente, nas unidades de APS, de pediatras, clínicos gerais e obstetras ⁽⁹⁵⁸⁾.

Como se viu anteriormente, não existem evidências de que o uso desses especialistas na APS produza melhores resultados sanitários que a utilização dos médicos de família e comunidade. Além disso, essa alternativa seria inviável em função da restrição da oferta desses especialistas e pelo alto custo que essa proposta importaria.

Portanto, a solução médica para o SUS está em radicalizar a introdução dos médicos de família e comunidade na ESF, formando-os melhor, focando a graduação na APS, expandindo as residências em medicina de família e comunidade e garantindo programas de educação permanente efetivos. Além de oferecer salários dignos e relações de trabalho decentes que garantam um mínimo de segurança aos médicos que optam por dedicar-se a um novo modo de fazer medicina que lhes exige dedicação integral.

OS MODELOS DE RELAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: CONSTRUINDO O MODELO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

As evidências indicam que é fundamental operar, nas RASs, com relações produtivas entre os generalistas e os especialistas para se obterem os melhores resultados sanitários. Isso é fundamental para garantir o cuidado adequado das condições crônicas.

Contudo, nos sistemas fragmentados vigentes, essas relações dificilmente são construídas e desenvolvidas de forma consistente e coordenada. Em geral, não há comunicação entre os generalistas e os especialistas, o que implica baixa agregação de valor para as pessoas usuárias e insatisfação de profissionais e dessas pessoas. É o que se relata no Boxe 22.

Boxe 22: O caso da Sra G.

A Sra. G. é uma mulher de 58 anos de idade, já avó, com história, há 15 anos, de diabetes tipo 2, complicada por hipertensão arterial e episódios recorrentes de depressão. Ela tem um índice de massa corporal de 37 e luta para fazer o controle de peso, desde jovem. Numa consulta recente ao seu médico de família queixou-se de fadiga e tristeza. No exame clínico, verificou-se que ela estava com a hemoglobina glicada de 9,7%, com pressão arterial 190/106 e com sintomas de depressão maior, apesar de estar tomando medicação antidepressiva. O médico de família postergou o ajuste das medicações hipoglicemiante e antihipertensiva até que a depressão estivesse controlada e a encaminhou-a ao ambulatório especializado de saúde mental para revisão da depressão. A Sra. G. teve muita dificuldade em agendar uma consulta no ambulatório de saúde mental. Depois de muito tempo, conseguiu uma consulta com um psiquiatra que nunca tinha visto antes e que não conhecia seu médico de família. No dia da consulta psiquiátrica, sua pressão arterial estava em 220/124 e ela se queixava de dor de cabeça e fadiga. O psiquiatra, que nunca tinha tido contato anterior com a Sra. G., alarmou-se com sua pressão arterial e a referiu a um cardiologista que, também, ela não conhecia. O cardiologista disse-lhe que sua medicação antihipertensiva era inadequada e que ela necessitava de uma medicação mais poderosa. Receitou, então, dois novos medicamentos antihipertensivos, mas nada lhe informou sobre o que fazer com os medicamentos que ela estava tomando e qual médico ela deveria consultar em caso de algum problema.

Uma semana depois, a Sra G. teve uma síncope, foi chamada a ambulância e ela foi internada num hospital. Constatou-se que ela tinha um déficit neurológico e fez-se o diagnóstico de um acidente vascular encefálico (AVE). Com o ajuste da medicação no hospital, a pressão arterial estabilizou-se e ela teve alta para ir para a casa, com a recomendação de que deveria procurar o ambulatório de saúde mental porque sua depressão havia piorado. Em casa, ficou mais deprimida e disfuncional, não tendo energia para solicitar atendimento no ambulatório de saúde mental. Deixou de tomar a medicação e três semanas depois teve novo AVE grave.

A irmã da Sra. G. procurou o médico de família para orientação. Ele ficou consternado com o ocorrido e disse que nada sabia do que havia acontecido com aquela senhora após a última consulta. Ela ficou totalmente decepcionada com o tipo de cuidado que sua irmã recebeu daqueles profissionais.

Fonte: Adaptado de: The Commonwealth Fund ⁽⁹⁵⁹⁾

O caso da Sra. G. desvela uma forma de relação entre a ESF e a AAE definida como relação em silos ⁽⁹⁵⁹⁾. É a forma mais encontrada nos sistemas fragmentados de atenção à saúde e significa que não há uma coordenação do cuidado às pessoas usuárias.

Contudo, há outras formas de relação entre a ESF e a AAE, sendo as mais comuns a relação de referência e contrarreferência, a relação de visitas periódicas de especialistas a generalistas ⁽³⁰³⁾, a relação mediada por gestor de caso ⁽⁹⁶⁰⁾ e a relação da coordenação do cuidado ⁽⁹⁶¹⁾. Mais que formas distintas de relações, elas refletem, na realidade, diferentes gradações da coordenação do cuidado entre a ESF e a AAE que se movem de uma total ausência de coordenação (atenção em silos) para uma forte coordenação (coordenação do cuidado).

A forma mais efetiva e eficiente de relação entre a ESF e a AAE é a coordenação do cuidado em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de generalistas e de especialistas. A forma da referência e contrarreferência, a mais conhecida no SUS, é uma condição necessária, mas não suficiente para a coordenação do cuidado, já que não envolve, necessariamente, o apoio nos momentos de transição. Além disso, não implica as visitas periódicas de especialistas a generalistas e a intermediação por gestor de caso. Todos esses elementos são incorporados no modelo da coordenação do cuidado que se diferencia, radicalmente, da atenção em silos, mas que agrega, como partes suas, a referência e a contrarreferência, as visitas periódicas de especialistas a generalistas e a intermediação de gestor de caso em certas circunstâncias.

O conceito fundamental que preside a relação entre a ESF e a AAE é o da coordenação do cuidado, definido como a organização deliberada do cuidado entre dois ou mais participantes envolvidos na atenção às pessoas para facilitar a prestação de serviços de saúde eficientes, efetivos e de qualidade ⁽⁹⁵⁹⁾. A coordenação do cuidado faz-se em diferentes dimensões, mas, aqui, se foca na dimensão da relação entre a ESF e a AAE.

A coordenação do cuidado engloba um conjunto de atividades que têm importância para atingir o cuidado coordenado, o que tem sido indicado como domínios da coordenação do cuidado. Esses domínios são estabelecidos em duas grandes categorias: a coordenação das atividades e os enfoques gerais ⁽⁹⁶²⁾.

Os domínios de coordenação das atividades são: estabelecer e negociar responsabilidades; garantir a comunicação, interpessoal e de transferência de informações; facilitar a transição por meio de transferência de responsabilidades e de informações entre a ESF e a AAE; avaliar as necessidades e metas determinando as necessidades das pessoas usuárias em termos de cuidado e de coordenação da atenção; elaborar

planos de cuidados proativos feitos de forma cooperativa pelas pessoas, suas famílias e equipe de saúde e definindo metas de saúde e de coordenação a serem atingidas; monitorar o plano de cuidado feito sobre resultados sanitários e de coordenação; apoiar o autocuidado das pessoas usuárias; estabelecer relações com a comunidade para facilitar o atingimento das metas definidas nos planos de cuidado; e alinhar os recursos organizacionais com as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias.

Os domínios dos enfoques gerais são: equipes de saúde focadas na coordenação do cuidado das pessoas usuárias; equipes de saúde capacitadas a prestar atenção centrada nas pessoas e nas famílias, ou seja, é a necessidade das pessoas usuárias que organiza a coordenação do cuidado, com um papel central de uma ESF capaz de exercitar os seus princípios e funções clássicos; a gestão do cuidado por meio de tecnologias de gestão da clínica; a gestão de medicamentos; e a coordenação dos sistemas de informação clínica eletrônicos.

A partir desses domínios foram elaborados sistemas de avaliação da coordenação do cuidado com diferentes questionários de avaliação, validados cientificamente, que têm sido utilizados em relação a cada um dos domínios ⁽⁹⁶²⁾.

A coordenação do cuidado pode ser analisada em diferentes perspectivas: a perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias, a perspectiva dos profissionais de saúde e a perspectiva do sistema de atenção à saúde ⁽⁹⁶²⁾.

Na perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias, a coordenação do cuidado constitui qualquer atividade que ajuda assegurar que as necessidades e as preferências dessas pessoas por serviços de saúde e o compartilhamento de informações entre profissionais, pessoas e locais de atendimento, sejam realizados de forma oportuna. As falhas na coordenação do cuidado ocorrem, em geral, na transição de uma unidade de saúde a outra, no caso entre a ESF e a unidade de AAE, e manifestam-se por problemas de responsabilização e de quebra do fluxo de informações.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, há que se considerar que a coordenação do cuidado é uma atividade centrada nas pessoas e nas famílias, destinada a atender às necessidades dessas pessoas, apoiando-as a se moverem, de modo eficiente e efetivo, através do sistema de atenção à saúde. Isso implica a coordenação clínica que envolve determinar a quem e aonde referir as pessoas usuárias, que informações são necessárias transferir na referência e na contrarreferência e que responsabilidades são imputadas aos diversos membros das equipes de saúde. Além disso, há uma coordenação logística que envolve sistemas de apoio e de informação, de transportes e, até mesmo, sistemas financeiros ⁽⁹⁶³⁾. As falhas na coordenação do cuidado na perspectiva dos profissionais surgem quando a pessoas são referidas

a um profissional não adequado ou a uma unidade de saúde errada ou quando se atingem resultados ruins em função de um mau manejo clínico ou de fluxos de informações inadequados.

Na perspectiva do sistema de atenção à saúde, a coordenação do cuidado tem como objetivo integrar recursos humanos, materiais e informações necessários para dar suporte às atividades dentro e dentre os diferentes pontos de atenção à saúde, sistemas de apoio e sistemas logísticos. As falhas na coordenação do cuidado na perspectiva do sistema de atenção à saúde manifestam-se em serviços inefetivos e ineficientes que resultam de problemas clínicos resultantes da fragmentação da atenção à saúde ⁽⁹⁶⁴⁾.

O caso da Sra. G. ilustra a ausência de coordenação entre a APS e a atenção especializada, característica da atenção em silos, que teve efeitos devastadores para aquela senhora e para sua família. As razões da descoordenação estão sempre ancoradas nos problemas dos sistemas fragmentados de atenção à saúde ⁽²¹⁾. Ao lerem o caso da Sra. G., muitos hão de identificar situações que são frequentes no SUS.

As relações descoordenadas ou com baixo grau de coordenação entre a APS e a AAE trazem muita insatisfação às pessoas usuárias e suas famílias e aos profissionais de saúde. Estudos realizados mostraram que 47% das pessoas entrevistadas reportaram estarem insatisfeitas com a atenção especializada recebida; 63% dos médicos generalistas e 35% dos médicos especialistas estavam muito insatisfeitos com a atenção prestada; e 68% dos médicos especialistas relataram não receberem as informações adequadas ou receberem referências inadequadas de parte dos generalistas. De sua parte, os generalistas reclamaram que não recebiam, de volta, as informações dos especialistas e que não eram notificados quando as pessoas sob sua responsabilidade eram atendidas nas unidades de urgência ou de especialidades ou eram internadas em hospitais ^(965, 966). Uma pesquisa entrevistou 4.720 médicos generalistas e especialistas, nos Estados Unidos, e verificou que 69,3% dos médicos generalistas relataram encaminhar as pessoas usuárias "sempre" ou "na maior parte das vezes" com a história clínica e a razão da referência, mas somente 34,8% dos especialistas disseram que "sempre" ou "na maior parte das vezes", receberam esses relatórios ⁽⁹⁶²⁾.

No SUS, nas relações entre a ESF e a AAE, diferentes situações se manifestam: o generalista não conhece o especialista a quem refere a pessoa usuária e o especialista não conhece o generalista a quem a contrarrefere (quando o faz); o generalista e o especialista nunca partilharam atividades clínicas ou educacionais; o especialista não tem as informações adequadas do generalista ao receber a pessoa encaminhada; o generalista não recebe as orientações do especialista ao ter de volta a pessoa; a

pessoa se queixa de que o especialista parecia não saber por que ela estava ali com ele; o especialista não resolve o problema para o qual o generalista encaminhou; o especialista se apossa definitivamente da pessoa na atenção especializada; o especialista repete exames que já haviam sido feitos na ESF; uma mesma pessoa adscrita a uma equipe da ESF é encaminhada, por uma central de regulação, a diferentes especialistas de uma mesma especialidade, em tempos diferentes, com o critério de onde tem vaga; o especialista recebe pessoas que não deveriam ser referidas a ele; o especialista se queixa de que o médico de família encaminha errado porque tem poucos conhecimentos; as relações entre os generalistas e os especialistas são impessoais e de desconfiança mútua; a consulta com especialista demora muito tempo para ser realizada, sendo uma fonte de insatisfação da população; as pessoas se sentem abandonadas quando chegam à unidade de AAE por falta de apoio na transição; e a atenção especializada é concentrada no médico, sem participação protagônica de outros profissionais de uma equipe multiprofissional. Tudo isso, contribui para que haja pouca agregação de valor para as pessoas que necessitam de cuidados especializados ambulatoriais, mesmo quando os recebem.

Essas situações têm várias causas, com o pano de fundo na fragmentação do sistema de atenção à saúde: a ESF não está estruturada para dar conta da coordenação da relação com a AAE; os generalistas e os especialistas atuam em silos que não se comunicam; a ESF não regula a AAE, o que é feito por centrais de regulação absolutamente impessoais e burocráticas; não há, em geral, diretrizes clínicas baseadas em evidências que definam as situações em que as pessoas devem ser encaminhadas aos especialistas; não há, em geral, diretrizes clínicas baseadas em evidências que orientem as intervenções dos especialistas; não há estratificação de riscos na ESF que permita os encaminhamentos de pessoas que efetivamente se beneficiam da AAE, segundo as evidências produzidas pelo MPR; as centrais de regulação trabalham com as agendas livres, o que faz com que uma mesma pessoa possa ser referida, em tempos diferentes, a diversos especialistas de uma mesma especialidade, para um mesmo problema; as relações entre os médicos de família e os especialistas são impessoais não permitindo o trabalho clínico conjunto; a AAE é fortemente concentrada na consulta médica; em geral, não há um sistema de referência e contrarreferência estruturado com base em prontuários clínicos eletrônicos; não há apoio efetivo das pessoas nos momentos da transição; e não há uma vinculação entre os médicos de família e os especialistas, o que significa a inexistência da territorialização da AAE.

A relação entre a ESF e a AAE tem dois elementos centrais. Um, o fluxo das pessoas entre a ESF e a AAE, outro, o apoio nos pontos de transição. É preciso ter claro que os momentos de transição geram muita insegurança para as pessoas e são áreas críticas para a segurança da atenção à saúde. As transições ocorrem quando as informações ou as responsabilidades sobre as pessoas usuárias são transferidas entre

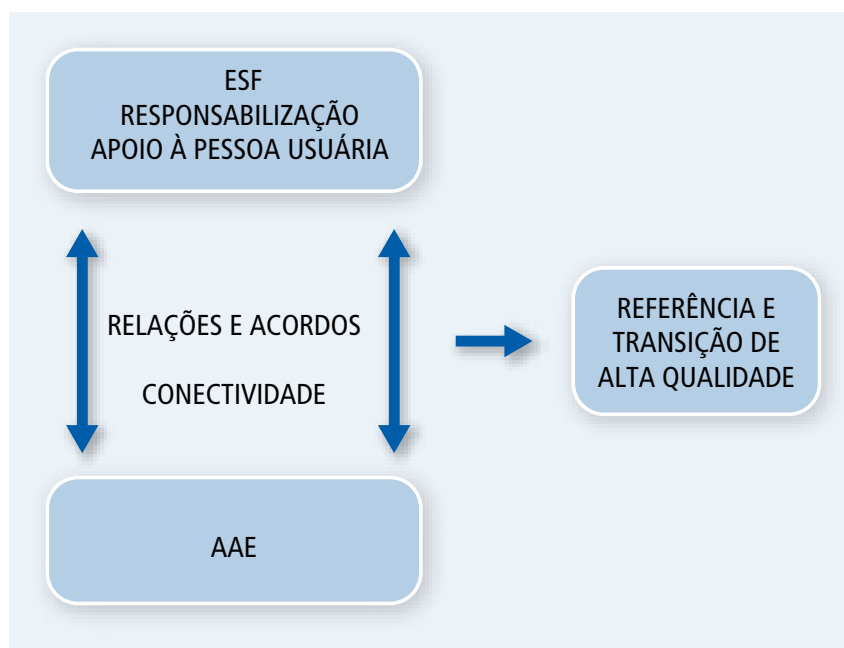
duas ou mais unidades de saúde, no caso, entre a unidade da ESF e a unidade da AAE, ou ainda, quando é mantida, por um bom tempo, por uma unidade de saúde. Um bom sistema de apoio à transição baseia-se na transferência conjunta de informações e responsabilidades e, por isso, há dois tipos de transição: a transição entre unidades de saúde e a transição temporal⁽⁹⁶²⁾. A transição entre unidades de saúde é feita transferindo-se informações e responsabilidades intraunidade, por exemplo, entre diferentes profissionais de uma equipe, ou interunidades, por exemplo, entre a ESF e a unidade de AAE. A transição temporal é feita transferindo-se informações e responsabilidades entre episódios de cuidados, por exemplo, consulta inicial e consultas de monitoramento, ou por ciclos de vida, crianças para pediatras, pessoas idosas para geriatras etc. No caso, o ponto de transição mais importante a ser considerado é a transferência de informações e responsabilidades entre a ESF e AAE.

A relação entre a ESF e a AAE deve ter alta qualidade, o que significa atingir os seguintes objetivos⁽³¹⁾: ser segura: planejada para evitar danos às pessoas; efetiva: baseada em diretrizes clínicas baseadas em evidências; pronta: as pessoas recebem a AAE em tempo oportuno; centrada nas pessoas: as pessoas recebem a atenção adequada às suas necessidades; eficiente: limitada a referências necessárias segundo os riscos e evitando a duplicação de serviços; equitativa: independente das características sanitárias, econômicas ou sociais das pessoas; e coordenada: os generalistas da ESF e os especialistas da AAE se conhecem, conhecem as necessidades das pessoas e atuam conjuntamente, por meio de um plano de cuidado compartilhado, sob a coordenação da ESF. Para que a relação entre a ESF e a AAE seja de alta qualidade ela deve garantir fluxos e transição balizados por esses objetivos. Um dos modelos desenvolvidos para atingir estes objetivos é o modelo da coordenação do cuidado, proposto pelo *Mac Coll Institute for Healthcare Innovation*, o mesmo grupo que desenvolveu o CCM⁽⁹⁵⁹⁾.

O modelo da coordenação do cuidado é proposto na perspectiva da ESF. Ele considera os pontos de atenção especializada e suas relações com a ESF e sumariza os elementos que contribuem para o atingimento de fluxos de referência e transição de alta qualidade. São quatro os elementos do modelo: assegurar a responsabilização (*accountability*); prover apoio à pessoa usuária; desenvolver relações e acordos entre a ESF e a AAE; e desenvolver conectividade pela via de sistemas de informação clínica, preferivelmente eletrônicos, que propiciem informações oportunas e efetivas entre a ESF e a AAE. Esses elementos, quando aplicados, permitem que os prestadores recebam as informações de que necessitam em tempo oportuno, que os profissionais saibam a situação de referência e transição das pessoas sob sua responsabilidade e que as pessoas usuárias sintam que recebem uma atenção coordenada.

O Modelo da Coordenação do Cuidado está representado na Figura 20.

Figura 20: O Modelo da Coordenação do Cuidado



Fonte: Adaptado de: The Commonwealth Fund ⁽⁹⁵⁹⁾

A descrição do modelo da coordenação do cuidado que se faz é uma adaptação da proposta original a situações estabelecidas pela proposta de RASs e à realidade do SUS.

A responsabilização pela coordenação do cuidado, nesse modelo e na perspectiva das RASs, é uma função da ESF. É a equipe da ESF que deve, a partir das orientações contidas nas diretrizes clínicas, considerando a estratificação de riscos das condições crônicas, definir que pessoas se beneficiam da AAE e referi-las. Para tal, é necessário que a ESF desenvolva infraestrutura, relações e processos que tornem possíveis referências e transições de qualidade. Isso implica que os profissionais de saúde envolvidos no processo se conheçam e conheçam as expectativas de cada qual e que a unidade da ESF tenha pessoal preparado e infraestrutura de informação adequada.

A existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos, que interliguem a ESF e a AAE é fundamental. A existência de um instrumento de referência padronizado, com dados da pessoa e de sua história clínica é imprescindível. A responsabilização pela transição é da unidade de AAE que deve apoiar as pessoas enquanto são ali atendidas e tem de se comunicar com a ESF sobre o que está sendo feito. Um relatório

padronizado de contrarreferência é importante para garantir a boa comunicação. A ESF deve ser preparada para dar conta de exercer a coordenação do cuidado. Isso envolve a introdução ou mudança de muitos processos como a estratificação de riscos das condições crônicas, a identificação dos especialistas, a definição de critérios de referência e contrarreferência, a montagem do sistema eletrônico ou em papel e outros. Para isso, a equipe da ESF deve ser capacitada por processos de educação permanente. O sistema deve ser programado por meio de indicadores de qualidade do cuidado coordenado, por exemplo, garantir que 100% das pessoas enviadas de volta pelos especialistas tenham relatório de contrarreferência feito segundo o sistema padronizado. Há padrões de qualidade para a coordenação do cuidado, por exemplo, os definidos pelo *NCQAs Patient-Centered Medical Home* ⁽⁹⁶⁷⁾.

O apoio às pessoas usuárias existe em função dos desafios que a referência e a transição determinam nas pessoas e nas famílias. Há questões que necessitam ser respondidas, há agendamentos que precisam ser feitos e há ansiedades e problemas logísticos que carecem ser manejados. Por isso, sugere-se que haja, nas unidades da ESF, profissionais da equipe que se encarreguem do apoio às pessoas que necessitam de AAE. Essa não é uma função clínica e pode ser exercida por um coordenador do cuidado que tem as seguintes funções: identificar e ajudar a resolver barreiras logísticas à atenção especializada; ajudar a fazer agendamentos oportunos; assegurar a transferência das informações das pessoas para os especialistas; e monitorar a atenção e apoiar as pessoas que apresentam dificuldades. Ainda que algumas equipes da ESF tenham dividido entre os profissionais as tarefas da coordenação do cuidado, outras optam por ter um profissional específico encarregado de dar conta dos aspectos logísticos e de suporte associados com a referência, a contrarreferência e a transição do cuidado.

As relações e os acordos devem estar bem estabelecidos entre a ESF e a AAE. As referências e as transições funcionam melhor se os generalistas, os especialistas e as pessoas usuárias concordam com os propósitos da referência e se os papéis de cada profissional estão bem estabelecidos. Bons acordos derivam de certas relações entre os generalistas e os especialistas que envolvem: assumir que todos os profissionais têm interesse em prover atenção de qualidade às pessoas, estabelecer objetivos comuns e trabalhar cooperativamente neles, evitar confrontação e focar no sistema e não nas pessoas. As expectativas dos generalistas e dos especialistas devem ser orientadas pela definição de que pessoas devem ser referidas, pelas informações que devem ser providas aos especialistas antes do atendimento (histórico clínico e exames complementares), pelas informações que os generalistas desejam na contrarreferência e pelos papéis dos generalistas e dos especialistas depois do atendimento especializado.

As informações essenciais de um sistema de referência são: nome da pessoa, data de nascimento, informação de contato, nome do especialista e informação de contato, razão da referência, breve descrição do problema, resultados de exames mais recentes, tratamentos recomendados, sua duração e situação, perguntas de interesse do profissional que refere, diagnósticos primário ou secundário, plano de cuidado desenvolvido com a pessoa, monitoramento proposto pelo especialista e data ⁽⁹⁶⁸⁾. Um formulário de referência é proposto por Reichman ⁽⁹⁶⁹⁾.

Ao longo do tempo, conforme os cuidados vão se coordenando, as relações entre os generalistas e os especialistas deixam de ser de desconfiança e de distância para transformarem-se em parcerias próximas ⁽⁹⁷⁰⁾. Essa aproximação vai se dando gradativamente e se aprofundando em diálogos que envolvem: a definição conjunta de critérios de referência; a padronização das informações no momento da referência; a padronização das informações de contrarreferência; os acordos sobre os exames complementares de forma a reduzir duplicações; e a discussão aberta sobre pontos de conflito (por exemplo, os especialistas assumem as pessoas usuárias quando os generalistas solicitaram uma interconsulta ou os especialistas referem as pessoas usuárias a outros especialista sem consultarem os generalistas). Numa fase avançada da coordenação do cuidado, os generalistas e os especialistas se conhecem pessoalmente, fazem atendimentos conjuntos, compartilham planos de cuidado e discutem casos clínicos relativos a pessoas que foram referidas à AAE. Os especialistas podem se envolver em atividades educacionais de generalistas e na teleassistência, com ações de atendimento à distância e de segunda opinião.

Para que a coordenação do cuidado alcance o patamar desejado do cuidado compartilhado, há que se compartilhar os planos de cuidados e discuti-los em algumas circunstâncias. A função do plano de cuidado compartilhado é garantir que os profissionais da ESF e da AAE estejam buscando os mesmos objetivos ⁽⁹⁷¹⁾.

Tudo isso pressupõe que as referências e as contrarreferências não sejam burocráticas e impessoais, mas que sejam feitas entre pessoas que se conhecem e trabalham juntas em algumas ocasiões. O sistema de regulação feito no SUS, por centrais de regulação, além de retirar da ESF a coordenação da atenção à saúde dos eventos eletivos, vai na contramão do modelo da coordenação do cuidado. Para superar esse problema, muitas vezes há que haver uma territorialização da AAE, de tal forma que haja uma vinculação dos generalistas, num determinado território (distrito sanitário em grandes municípios e microrregiões de saúde em municípios médios e pequenos), a especialistas. O sistema tradicional, hegemônico no SUS, de referir a um especialista que tenha vaga, definida pela central de regulação, num determinado dia, que provavelmente não será o mesmo que a pessoa irá consultar

num segundo momento, e que não conhece os generalistas, conforme mostram as evidências, é caro e não agrega valor para as pessoas.

A conectividade é um preditor crítico de sucesso da coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas e significa que os profissionais de saúde envolvidos dispõem da informação de que necessitam e de um sistema de comunicação fluido para prestar os cuidados adequados. De um lado, os generalistas devem estar seguros de que os especialistas sabem as razões das referências e tenham a informações necessárias para que possam desempenhar suas funções (referência); de outro, os especialistas devem prover as informações de volta que respondam às necessidades e às expectativas dos generalistas (contrarreferência). Isso num ambiente em que os profissionais mantenham as pessoas usuárias informadas e confiantes de que eles estão comunicando entre si, em benefício dessas pessoas. Uma boa conectividade implica: o sistema assegura que as informações requeridas são transmitidas aos destinatários corretos; eventos críticos no processo de referência e contrarreferência são identificados e monitorados; e os generalistas e os especialistas podem se comunicar eficazmente entre eles. A existência de um sistema de referência eletrônico, como parte de um registro eletrônico em saúde, assegura que essa informação crítica flui de forma oportuna. Esse sistema deve incorporar os critérios de referência e de transição que estão estabelecidos em linhas-guia baseadas em evidência. Não obstante, profissionais de saúde entrevistados mostraram que os sistemas de informações clínicos não são capazes de dar suporte à coordenação do cuidado ⁽⁹⁷³⁾. Na inexistência de sistemas eletrônicos, pode-se operar com papel e usar telefone ou fax para a comunicação. Mestzer e Zywlak relataram alguns estudos de caso sobre sistemas de referência e contrarreferência eletrônicos ⁽⁹⁷⁴⁾.

A correta aplicação do modelo da coordenação do cuidado traz resultados positivos para as pessoas usuárias ⁽⁹⁵⁹⁾. É o que se mostra no Boxe 23.

Boxe 23: O caso da Sra. H.

A Sra. H., irmã da Sra. G., é uma mulher de 59 anos de idade, avó, com 12 anos de história de diabetes tipo 2, complicada por hipertensão arterial e episódios recorrentes de depressão maior. Ela tem um índice de massa corporal de 36 e tem lutado para controlar seu peso desde o início de sua idade adulta. Numa consulta recente com seu médico de família verificou-se que ela estava com hemoglobina glicada de 8,9%, com pressão arterial de 148/88 e com sintomas que sugeriam depressão. O Dr. M., médico de família, postergou o ajuste das medicações hipoglicemiante e antihipertensiva até que a depressão estivesse controlada e a encaminhou ao ambulatório especializado em saúde mental. O Dr. M. entrou em contato com o Dr. P., psiquiatra de referência para aquela unidade da ESF, que ele conhecia de longa data e que, regularmente, se encontravam para discutir casos clínicos de interesse comum. O Dr. M., usando o prontuário eletrônico que estava em rede com a unidade de saúde mental, preencheu o campo concernente à referência para especialista e agendou a consulta com o Dr. P., orientando Sra. H. que buscasse o comprovante do agendamento com a coordenadora de cuidado da unidade, um técnico em enfermagem. A Sra. H. teve problemas com seus netos e não pode estar presente à consulta agendada. O técnico em enfermagem verificou no sistema eletrônico que a Sra. H. não comparecera e fez um novo agendamento com o psiquiatra e lhe comunicou a nova data e horário. Quando a Sra. H. encontrou o psiquiatra ele já tinha, à sua frente, o formulário de referência enviado pelo Dr. M. O Dr. P. fez a consulta e ajustou a medicação antidepressiva, mas verificou, também, que a Sra. H. estava com pressão elevada, dor de cabeça e fadiga. Por isso, providenciou para que ela fosse agendada, naquele mesmo dia, à tarde, com o Dr. M na unidade da ESF. O Dr. M a atendeu prontamente e ajustou a medicação antihipertensiva e pediu que ela retornasse dias depois. Quando retornou, estava melhorando da depressão e sua pressão estava se normalizando.

Fonte: Adaptado de: The Commonwealth Fund ⁽⁹⁵⁹⁾

Esse caso reflete alguns dos resultados positivos que se tem encontrado sobre o modelo da coordenação do cuidado entre a ESF e a AAE.

Parafrazeando J. Fry, pode-se afirmar que a coordenação do cuidado nas relações entre a ESF e a AAE é importante para proteger as pessoas usuárias dos especialistas inadequados e os especialistas das pessoas usuárias inadequadas ⁽⁹³³⁾.

Há evidências de que a coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas melhora a atenção à saúde pela redução do uso de recursos ^(336, 342, 793, 975, 976, 977); pela obtenção de melhores resultados sanitários ^(336, 342, 976, 971, 978, 979, 980, 981, 982, 983); pela maior satisfação das pessoas usuárias ^(971, 984); e pela melhoria da comunicação ^(985, 986, 987).

O modelo da coordenação do cuidado pode ser aplicado ao SUS, como base de uma nova forma de relação entre a ESF e a AAE. Dessa forma, rompe-se com a forma hegemônica, a atenção em silos, fruto da fragmentação do sistema e que não gera valor para as pessoas usuárias de nosso sistema público de saúde. Algumas experiências radicalizam o modelo da coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas colocando-os trabalhando juntos, num mesmo espaço físico, como é o caso da Kaiser Permanente ⁽²⁸⁶⁾.

Como se viu, a introdução da coordenação do cuidado entre a ESF e a AAE exigirá mudanças muito profundas na relação atualmente predominante e, isso, repercutirá fortemente na organização da ESF.

Muitas mudanças, algumas na estrutura, mas, a maior parte, nos processos, deverão ser feitas na ESF para a construção social do modelo da coordenação do cuidado. Dentre elas destacam-se: o fortalecimento da ESF como coordenadora da relação com os especialistas; a possibilidade de agendamento direto, pela equipe da ESF, dos atendimentos especializados; o fortalecimento do trabalho multiprofissional na ESF; a existência de linhas-guia que definam os parâmetros de referência aos especialistas; a introdução do manejo clínico das condições crônicas por estratos de riscos, segundo o MPR; a instituição na ESF de coordenadores de cuidado; a existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos, formatados para dar conta da referência e da contrarreferência; o centramento da coordenação do cuidado em planos de cuidados elaborados, cooperativamente, por generalistas e especialistas; um sistema padronizado de informações para os especialistas; a vinculação dos membros da equipe da ESF a especialistas, preferivelmente com territorialização; a existência de relações pessoais entre os generalistas e os especialistas; e a cultura de trabalho conjunto entre os profissionais da equipe da ESF e os especialistas, envolvendo atividades educacionais, de supervisão, de pesquisa, de teleassistência e de segunda opinião.

Um bom exemplo de coordenação do cuidado entre a ESF e a AAE, no SUS, com territorialização da atenção especializada, é o do programa de atenção às pessoas idosas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O programa tem foco na capacidade funcional das pessoas idosas e tem seu centro em planos de cuidado, revisados a cada dois anos, pelo Centro Mais Vida, operado pelo Hospital das Clínicas da UFMG, uma unidade de AAE, com execução desses planos pelas equipes da ESF do município. O Centro tem dois especialistas em geriatria, um médico e um enfermeiro, em cada um dos nove distritos sanitários, que dão apoio às equipes da ESF desses distritos para a implementação dos planos de cuidados revisados ⁽⁹⁷²⁾.

OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: CONSTRUINDO O MODELO DO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL EM RAS

A nova forma de relação entre a ESF e a AAE exige mudanças profundas na forma como se dá a organização das unidades de cuidados ambulatoriais especializados.

O modelo da atenção em silos, característico dos sistemas fragmentados, tem uma expressão na forma como se organiza, em geral, a AAE no SUS, o modelo do centro de especialidades médicas (CEM). Modelo do centro de especialidades médicas diz respeito, aqui, a uma forma singular de organizar a AAE. Portanto, pode-se ter uma unidade que se denomine de centro de especialidade médica que opere, ou não, segundo esse modelo.

É preciso atuar mudando radicalmente esse modelo pela introdução de outro que se denomina de modelo do ponto de atenção secundária ambulatorial (PASA) em RAS. Não se trata de uma mudança meramente semântica, mas de uma transformação de fundo na organização ambulatorial especializada.

O modelo hegemônico do CEM pode aparecer, na prática social, de diferentes formas: uma unidade com várias especialidades médicas que tem o nome de centro de especialidades médicas ou de policlínica, um médico especialista trabalhando sozinho num consultório com o apoio de uma recepcionista ou um médico que se desloca de uma cidade a outra para prestar cuidados de sua especialidade.

O que determina, fundamentalmente, esses dois modelos é se a ESF e a AAE são parte de um sistema fragmentado e atuam como silos independentes, ou se estão inseridas em RASs e se comunicam organicamente, coordenadas pela ESF. Por consequência, as unidades de AAE nesses dois modelos se estruturam e cumprem funções completamente distintas.

A concepção estratégica da atenção especializada, como PASA em RAS, é muito inovadora e, por isso, confronta com as ideias de senso comum que sustentam o modelo hegemônico do CEM. Em função da profundidade dessas mudanças é preciso estar atento a uma estratégia de implantação que permita contrapor-se à tendência inercial de apropriar-se conservadoramente dos PASAs, reduzindo-os à forma tradicional de prestação de serviços ambulatoriais segundo o modelo hegemônico do CEM. Essa tendência, além de sua dimensão técnica, manifesta-se, também, nas dimensões político-ideológica e econômica.

Politicamente, significa, do ponto de vista dos profissionais de saúde, uma redistribuição de poder entre os generalistas e os especialistas, o que modifica a lógica flexneriana vigente desde o início do século XX quando se deu a hegemonização do paradigma da medicina científica e que tem no especialismo um de seus elementos fundamentais ⁽⁵⁵⁾; do ponto de vista dos gestores e dos prestadores de serviços do SUS, coloca a gestão dos fluxos e contrafluxos na equipe da ESF, criando constrangimentos técnicos, com base em diretrizes clínicas, à livre ação das Secretarias de Saúde, dos prestadores de serviços e dos especialistas no ordenamento desses fluxos. Economicamente, incide fortemente sobre os prestadores de serviços, especialmente os especialistas, os mais bem posicionados na arena política dos sistemas de atenção à saúde, em duas vertentes: quando modelam os PASAs a partir das evidências recolhidas nas linhas-guia e detalhadas nos protocolos clínicos, reduzindo a variabilidade dos procedimentos de atenção à saúde, um forte foco de ineficiência dos sistemas e de indução da demanda pela oferta ⁽²¹⁾; e quando muda o foco da gestão da saúde, retirando-o da gestão da oferta, muito sujeito à ação de *lobbies* de interesses mais bem estruturados, para colocá-lo nas necessidades das populações beneficiárias do sistema de atenção à saúde por meio da gestão de base populacional.

Há que ficar claro que a proposta de RASs, por sua radicalidade, não é neutra; nela, os interesses da população, expressos por suas necessidades de saúde, sobrepõem-se aos interesses políticos, econômicos e tecnológicos dos atores sociais que estão presentes, em situação vantajosa, na arena política sanitária. Por isso há que se concordar com a afirmativa de a revolução nos sistemas de atenção à saúde só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde ⁽¹⁾.

A proposta de implantação da AAE, na perspectiva do PASA, pode sofrer uma confrontação direta, quando constrange a liberdade de ordenamento do acesso dos gestores da saúde ou impõe limitações técnicas à ação de especialistas, ou indireta e mais sutil, quando se apossando da ideia inovadora desse novo modelo, faz uma releitura da proposta transformando-a numa prática social conservadora que não agregará valor para as pessoas usuárias. Algo da ordem lampeduziana: quanto mais muda, mais é a mesma coisa.

Uma análise histórica da saúde pública brasileira mostra que o modelo CEM consolidou-se na experiência do INAMPS de trazer para o seguro social brasileiro os supostos da medicina liberal, gerados nos Estados Unidos. Sua forma mais acabada são os Postos de Atenção Médica (PAMs), grandes catedrais flexnerianas, de baixa efetividade e de grande ineficiência, que, até hoje, teimam em permanecer nas zonas centrais dos grandes centros urbanos brasileiros. Esses esqueletos estão aí como

que estimulando a multiplicação dos PAMs, com outras denominações, mas com a mesma filosofia. Os CEMs têm sua origem nos PAMs inampianos.

Há diferenças qualitativas significativas entre os modelos do CEM e do PASA. As principais diferenças entre esses dois modelos estão contidas no Quadro 12.

Quadro 12: As características dos modelos de atenção ambulatorial especializada

MODELO CEM	MODELO PASA
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo pela ESF
Programação feita na própria unidade sem estratificação de risco	Programação feita na ESF com estratificação de risco
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional
Relação entre generalista e especialista: ou inexistente ou faz-se por referência e contrarreferência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
Decisões clínicas não articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a ESF
Não utilização das ferramentas da gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas da gestão da clínica
Atenção sem plano de cuidado individual	Atenção com plano de cuidado individual elaborado, conjuntamente, por generalistas e especialistas
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa
Pagamento por procedimento	Pagamento por orçamento global ou capitação ajustada

Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

Uma característica diferencial importante dos dois modelos está na forma de gestão. O CEM funciona com o sistema convencional da gestão da oferta, fortemente ancorado na PPI que, em geral, opera o planejamento da oferta, a partir de parâmetros populacionais gerais ou de séries históricas. Isso leva à determinação de tetos financeiros que definem uma quantidade de procedimentos a serem ofertados pelos diferentes gestores da saúde. Esse sistema de gestão da oferta é muito sensível aos interesses dos gestores e dos prestadores de serviços mais bem posicionados na arena política do sistema de atenção à saúde. No modelo PASA, a gestão é uma gestão de base populacional que se faz a partir das necessidades de saúde da população efetivamente cadastrada na ESF, por meio de parâmetros epidemiológicos que fazem parte, como anexos, das diretrizes clínicas baseadas em evidência.

O que marca, fortemente, as diferenças entre os dois modelos de organização da AAE são as relações entre a ESF e AAE. O CEM é referido pelo modelo da relação em silos; já o PASA é referido pela relação da coordenação do cuidado.

O CEM é parte de um sistema fragmentado de atenção à saúde em que, em geral, pratica uma atenção especializada em silos, em que não existe comunicação fluida entre os diferentes pontos e níveis de atenção, nem coordenação do cuidado pela ESF. Funciona como uma caixa preta. Chega-se, ali, diretamente ou por alguma referência, muitas vezes da ESF, mas não se conhece a história pregressa da pessoa usuária. Em geral, não se estabelecem vínculos porque o agendamento, dependendo do dia, pode ser feito para diferentes profissionais de uma mesma especialidade. Esse sistema é prenhe de retrabalhos e de redundâncias, o que o torna, além de inefetivo, muito ineficiente. Histórias pessoais e familiares são retomadas a cada consulta, exames são resolicitados a cada atendimento. Tudo isso ocorre porque o sistema é desintegrado, em função da ausência de sistemas logísticos potentes, manejados a partir da ESF. O PASA é totalmente diferente porque está integrado numa RAS, sob coordenação da ESF. A programação do PASA é feita na ESF e, então, discutida, em oficina conjunta, com a equipe da AAE. Dessa forma, cada equipe da ESF sabe, antecipadamente, quem e quantas pessoas devem ser referidas, por tipos de intervenções, ao PASA.

O CEM é uma organização que permite a demanda aberta. Esses centros são inaugurados e, imediatamente, as pessoas usuárias começam a demandá-los, algumas vezes diretamente, são acolhidas e agendadas e reagendadas, bloqueando, em pouco tempo, as suas agendas. Ao contrário, o PASA é um sistema fechado, sem possibilidades de acesso direto das pessoas usuárias, a não ser em casos de urgência e emergência ou de intervenções, de pequena proporção, definidas nas diretrizes clínicas em que esse centro constitui o ponto de atenção do primeiro contato.

O CEM tem a liberdade de se autogovernar, o que explica o grande número de atendimentos de retorno com que eles operam. Isso decorre, em parte, do seu caráter de sistema aberto, e, em parte, em função da fragmentação do sistema de atenção à saúde e da fragilidade da ESF em exercitar a coordenação do cuidado. O autogoverno, exercitado num CEM, não tem a capacidade de garantir a continuidade da atenção e acaba por restringir as intervenções na perspectiva do cuidado especializado, sem uma visão integrada das intervenções de níveis primários e terciários. No PASA, o governo dos fluxos e contrafluxos das pessoas é da ESF que é responsável pela coordenação do cuidado. Nenhuma pessoa usuária deve chegar a esse centro, à exceção dos casos de retorno, se não for referida pela ESF.

O CEM elabora sua própria programação, especialmente com base em parâmetros da PPI. Diferentemente, a programação do PASA é feita, em oficinas de programação, com participação conjunta de pessoal da ESF e da AAE. A base dessa oficina são os parâmetros epidemiológicos utilizados na ESF, por estratos de risco, que permitem saber, antecipadamente, quem e quantas pessoas devem ser referidas, por tipos de intervenções, e que recursos humanos, materiais e financeiros são necessários para operar o PASA.

Essas formas singulares de governança dos dois modelos implicam que o CEM seja acessado por uma central de regulação, acionada pelos gestores; diversamente, no PASA, o acesso regulado é realizado diretamente pelas equipes da ESF, utilizando a infovia dos sistemas de informações clínicas ou do complexo regulador.

No CEM, conforme o próprio signficante sugere, o processo de atenção está centrado no cuidado profissional do médico especialista. Em geral, esse centro não conta com um trabalho de uma equipe multiprofissional, o que empobrece a atenção prestada e pressiona a agenda do médico especialista. Além disso, a forma de atendimento é centrada na consulta médica individual face-a-face. No PASA há uma equipe multiprofissional que se envolve na clínica, de forma planejada e sem implicar redundâncias e retrabalhos entre os diferentes membros, cada qual agregando valor às pessoas usuárias pelas vantagens comparativas que adicionam na atenção à saúde. Ademais, os atendimentos vão além das consultas individuais face-a-face, incorporando novas formas de atenção, como a atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares, teleassistência etc.

No CEM, em geral, não há uma vinculação, territorial ou não, de generalistas a especialistas. Por consequência, as relações entre esses profissionais são burocráticas e impessoais, não havendo atividades conjuntas entre eles. Não havendo vinculação de generalistas a especialistas, não há vinculação das pessoas usuárias a especialistas, o que leva a uma situação em que uma mesma pessoa, para um mesmo problema,

possa ser atendida por vários profissionais da mesma especialidade, com condutas distintas, em tempos diferentes. Os sistemas de referência e contrarreferência são pouco estruturados, gerando fluxos de informações inadequados, em ambos os sentidos, e problemas na transição. No PASA há uma vinculação de generalistas a especialistas, preferivelmente com territorialização da AAE. Isso permite estabelecer relações pessoais entre esses profissionais que se conhecem e trabalham juntos, em várias circunstâncias. Em decorrência disso, é possível ter uma vinculação de uma pessoa usuária a um especialista, o que é muito importante. Os sistemas de referência e contrarreferência estão bem desenvolvidos, com fluxos de informações padronizados, em dupla via. Há a preocupação em garantir apoio às pessoas usuárias na transição.

No CEM as decisões clínicas não são tomadas, em geral, a partir de diretrizes clínicas com base em evidências científicas que normalizam a condição de saúde ao longo dos diferentes serviços da RAS, por estratos de risco. Isso leva a uma enorme variabilidade de procedimentos, mesmo entre diferentes especialistas que atuam num mesmo centro, o que gera ações inefetivas e ineficientes. Como não há o manejo clínico por estratos de risco, muitas vezes os especialistas atendem pessoas que não se beneficiam da atenção especializada, o que pressiona a agenda desses especialistas. No PASA, todo trabalho clínico dessas unidades está definido em diretrizes clínicas baseadas em evidências, com estratificação de riscos. Dessa forma, só chegam aos especialistas aquelas pessoas usuárias de maiores riscos, segundo o MPR. Não se trabalha com gestantes, mas com gestantes de risco habitual e gestantes de alto risco; não se trabalha com hipertensão, mas com hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco. Isso é fundamental porque ajuda a organizar o sistema de atenção à saúde e a melhorar a qualidade da atenção. Um PASA de uma rede materno-infantil não vai cuidar das gestantes de risco habitual (em torno de 85% das gestantes), mas somente daquelas de alto risco. Isso permite racionalizar a agenda dos especialistas e agregar valor às pessoas referidas à AAE.

Em geral, o CEM trabalha com prontuários clínicos individuais, muitas vezes em papel, e que não estão integrados em RAS e, portanto, não permitem uma comunicação fluida desse nível com a ESF, nem um manejo eficaz das condições crônicas. A fragmentação do prontuário clínico não permite a continuidade do cuidado. Além disso, esses prontuários são individuais, o que empobrece a visão da saúde da família, uma proposta fundante do SUS. Mais, não sendo eletrônicos, esses prontuários não permitem o registro das pessoas usuárias por riscos relativos a cada condição, o que fragiliza a atenção prestada e gera redundâncias e retrabalhos. O PASA opera com prontuários eletrônicos que devem circular, concomitantemente, em todos os níveis do sistema, especialmente *online* com a ESF. Esses prontuários são familiares, o que viabiliza a incorporação, nos cuidados, dos instrumentos potentes da abordagem da saúde da família. Eles permitem registrar todos os portadores de uma determinada

condição crônica, por riscos socioeconômicos e sanitários e enviar alertas e dar *feedbacks* aos profissionais e às pessoas usuárias. Nesses prontuários há campos específicos para as informações de referência e contrarreferência e campo para o plano de cuidado que pode ser acessado por generalistas e especialistas.

O CEM não trabalha com as ferramentas modernas da gestão da clínica. A razão é simples: não havendo a normalização dos processos de trabalho em diretrizes clínicas baseadas em evidência, não é possível utilizarem-se essas tecnologias. Já o PASA estrutura, a partir de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, as tecnologias de gestão de condição de saúde e de gestão de caso.

No CEM, normalmente, não há um plano de cuidado para cada pessoa atendida. O coração de uma atenção de qualidade no atendimento especializado é esse plano, sem o qual há muitas orientações conflitantes, além de nenhuma proatividade das pessoas usuárias no seu autocuidado. No PASA toda pessoa tem seu plano de cuidado que é elaborado, colaborativamente, entre generalistas, especialistas e pessoas usuárias e suas famílias, com contratação de metas e com monitoramento periódico.

O CEM, em geral, ocupa-se estritamente de funções assistenciais. Já o PASA agrega outras funções imprescindíveis: uma função de supervisão das equipes da ESF; uma função educacional, a de participar de processos de educação permanente na AAE e na ESF; e uma função de pesquisa, especialmente no campo do desenvolvimento tecnológico da condição de saúde temática.

O sistema de pagamento do CEM é, rotineiramente, realizado por procedimentos. Esse sistema de pagamento traz incentivos perversos aos prestadores, induzindo-os a produzir mais procedimentos, especialmente os de maior densidade tecnológica, para que maximizem suas rendas. No PASA o sistema de pagamento deve ser por orçamento global ou por capitação ajustada por gênero e idade, já que essas formas de pagamento invertem o sinal do incentivo e fazem com que os prestadores apliquem mais esforços nas ações de promoção, de prevenção e de contenção do risco evolutivo em condições de saúde de menores riscos.

O Boxe 24 relata o caso do Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, que é uma experiência bem-sucedida de atenção ambulatorial especializada que contém todos os elementos do modelo PASA.

Boxe 24: O Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte em Minas Gerais

Com a missão de ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida da população mineira por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, o Governo de Minas Gerais instituiu, como um dos projetos prioritários do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, a Rede Hiperdia Minas.

A concepção de redes implicou um desenho que tem, na ESF, o seu centro de coordenação. Nas microrregiões de saúde há um ponto de atenção ambulatorial especializado, denominado Centro Hiperdia Minas.

Um grupo multiprofissional, composto por sanitaristas, técnicos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG), médicos da Associação Mineira de Medicina da Família e Comunidade e especialistas, trabalhou na modelagem da Rede Hiperdia Minas, no que se refere especialmente à ESF e à AAE.

Na ESF, elaborou-se uma linha-guia baseada na abordagem populacional da hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes e doença renal crônica. Essa linha-guia estratifica essas condições crônicas por riscos, estabelece critérios de referência à AAE e define os parâmetros de programação.

Os Centros Hiperdia Minas, modelados e financiados pela SESMG, apresentam quatro objetivos principais: prestar assistência especializada às pessoas usuárias portadoras de hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes e doença renal crônica, dos estratos mais complexos dessas condições; supervisionar a atenção prestada a essas pessoas pela ESF; promover educação permanente aos profissionais de saúde envolvidos na atenção primária e secundária à saúde; e fomentar pesquisas clínicas e operacionais.

Esses centros tiveram o financiamento de investimentos cobertos inteiramente pela SESMG. Da mesma forma, os recursos de custeio são providos, totalmente, pela SESMG, por meio de um contrato de gestão com as organizações que operam os centros, com pagamento por orçamento global. Os prestadores podem ser Secretarias Municipais de Saúde, universidades ou organizações não governamentais. Já foram implantados dez Centros Hiperdia Minas que beneficiam 2,8 milhões de mineiros.

Um deles é o Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte (CHSAM) – a referência para a Microrregião de Saúde de Divinópolis/Santo Antônio do Monte – que envolve treze municípios com uma cobertura de aproximadamente 400 mil habitantes. Esse centro é operado pela Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia.

O CHSAM conta com uma equipe multidisciplinar formada por cardiologista, endocrinologista, angiologista, assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermagem e pessoal administrativo. Oferece exames complementares como ecocardiograma, doppler manual, holter 24 horas, mapa, *screening* de neuropatia diabética, retinografia sem contraste e teste ergométrico.

O CHSAM trabalha na perspectiva da multiprofissionalidade e introduziu, em sua rotina, novas formas de atenção à saúde como a atenção compartilhada a grupo, a atenção contínua, a atenção por pares e o autocuidado apoiado.

Boxe 24: O Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte em Minas Gerais

A atenção é feita com uma centralidade num plano de cuidado integral, realizado em conjunto pela equipe multiprofissional e pessoa usuária, com o estabelecimento de metas, com monitoramento e assinatura de termo de responsabilização do cuidado. O plano de cuidado é compartilhado com a equipe da ESF da pessoa usuária.

O CHSAM trabalha em estreita colaboração com as equipes da ESF dos municípios de sua área de abrangência, funcionando como espaço educacional, de supervisão e de pesquisa. Um exemplo é do município de Lagoa da Prata que interage com o CHSAM e que organizou sua ESF de acordo com o modelo de atenção às condições crônicas. As pessoas portadoras de hipertensão arterial foram 100% identificadas segundo os parâmetros epidemiológicos e, delas, 91,7% foram estratificadas e manejadas segundo seus estratos de risco.

O CHSAM oferece vários programas de suporte aos seus beneficiários: Dia Jovem, SaúdArte, Ondas Saúde, Cháude, De Pé Feliz, Meta Premiada e Tecendo Saúde.

O CHSAM apresenta todas as características que diferenciam os PASAs dos CEMs tradicionais. Trabalhos comparativos entre o CHSAM e CEMs tradicionais mostraram melhores desempenhos em processos e resultados clínicos e em eficiência e custo/efetividade.

Um acompanhamento de 609 portadores de hipertensão e 136 portadores de diabetes, assistidos no CHSAM, verificou que, após três atendimentos de interconsulta no centro, os níveis pressóricos e a hemoglobina glicada apresentaram níveis adequados em, respectivamente, 87% e 71% dessas pessoas.

O manejo adequado do pé diabético permitiu economizar gastos estimados de três milhões de reais.

A satisfação dos profissionais de saúde é alta. A satisfação das pessoas usuárias é de 89,0%.

Fonte: Alves Junior ⁽⁹³¹⁾

O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PRESENCIAL E A ATENÇÃO NÃO PRESENCIAL

Uma oitava mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está no estabelecimento de um equilíbrio entre a atenção presencial e a atenção não presencial.

Não se trata, aqui, de analisar as ferramentas da telessaúde ou da teleassistência, utilizadas num contexto mais amplo e que deve ter grande protagonismo na ESF, mas de verificar as possibilidades de incremento de atendimentos não presenciais, feitos pelas equipes da ESF, no ambiente micro-organizacional, especialmente por meio de telefone ou de correio eletrônico.

A atenção à saúde é caracterizada, no Brasil e alhures, por uma centralidade na atenção presencial, face-a-face, com participação relativa muito frágil da atenção não presencial. Por isso, há uma tendência de utilização ótima desses dois tipos de

atendimento, o que convoca, na ESF, um aumento relativo dos atendimentos não presenciais.

Trabalhos realizados em diferentes lugares mostram que os atendimentos não presenciais podem apresentar, em certas situações, especialmente no monitoramento dos portadores de condições crônicas, resultados tão bons, e algumas vezes melhores, que os do atendimento presencial. Estudos feitos no Reino Unido, comparando o monitoramento de 278 portadores de asma, por telefone, com o monitoramento presencial, face-a-face, mostrou que o monitoramento não presencial permitiu atingir maior número de pessoas, com os mesmos resultados sanitários e com a mesma satisfação dos usuários⁽⁹⁸⁸⁾. Resultado semelhante foi obtido na Coréia no controle glicêmico de portadores de diabetes⁽⁹⁸⁹⁾. Nos Estados Unidos demonstrou-se que os contatos telefônicos de médicos e enfermeiros foram tão efetivos quanto os atendimentos presenciais na promoção do autocuidado em portadores de diabetes⁽⁹⁹⁰⁾ e mais efetivos no controle glicêmico e nos cuidados com os pés⁽⁹⁹¹⁾. A Kaiser Permanente tem utilizado crescentemente os atendimentos não presenciais, incentivando as consultas médicas por correio eletrônico. Os médicos têm 48 horas para contatar seus clientes e são pagos por essas consultas eletrônicas. Isso permitiu reduzir em 10% as consultas médicas presenciais naquela organização de saúde⁽²⁸⁶⁾. Os atendimentos não presenciais, nessa organização, são parte de uma política de cuidado eletrônico (e-cuidado) que envolve, ademais, acesso *online* aos prontuários eletrônicos, acesso *online* aos resultados de exames, prescrições *online* de medicamentos de uso contínuo, seleção *online* dos médicos pelas pessoas usuárias, agendamento eletrônico dos atendimentos e acesso *online* de material educativo⁽³⁵³⁾.

Há evidências de que o atendimento não presencial produz bons resultados no controle das condições crônicas melhorando a qualidade da atenção^(992, 993, 994); melhorando a qualidade de vida das pessoas usuárias⁽⁹⁹⁵⁾; determinando ganhos no uso dos recursos^(996, 997, 998); e impactando positivamente os resultados sanitários^(43, 109, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008).

À semelhança do que vem acontecendo em outros países, deverá se buscar no SUS, especialmente na ESF, uma composição adequada entre os atendimentos profissionais presenciais e não presenciais, com aumento relativo dos atendimentos por telefone e por correio eletrônico.

Há quem afirme que é muito difícil transpor essa realidade de países desenvolvidos para o Brasil. Mas pode-se contra-argumentar que a melhoria rápida da telecomunicação no Brasil é um fator favorável à expansão dos atendimentos não presenciais. Dados mostram que, ao final de 2010, havia, no país, 202,94 milhões de assinaturas de telefonia móvel, mais que a população total⁽¹⁰⁰⁹⁾. Em relação ao

acesso à internet a situação é menos confortável, mas dados mostram que, em 2011, havia aproximadamente 80 milhões de brasileiros usuários, mas com variações significativas em relação a regiões e renda das pessoas, o que traz implicações de iniquidade para um sistema público de saúde ⁽³⁷⁵⁾. O Plano Nacional de Banda Larga deverá ter um impacto significativo porque pretende levar internet com velocidade de 1Mbps para até 40 milhões de lares brasileiros, a preços razoáveis.

O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PROFISSIONAL E A ATENÇÃO POR LEIGOS

Uma nona mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está no estabelecimento de um equilíbrio entre a atenção profissional e a atenção por leigos. Isso significa introduzir ou ampliar, na ESF, as atividades de grupos de portadores de condições crônicas, conduzidas por pessoas leigas portadoras dessas condições. Por essa razão, esse tipo de atenção é, também, denominado de atenção por pares.

O uso de pessoas leigas para lidar com as condições crônicas tem sido crescentemente reconhecido ⁽¹⁰¹⁰⁾. Isso emergiu a partir das propostas de autocuidado apoiado que reconheceram a importância das pessoas serem empoderadas para participarem proativamente da produção social de sua saúde.

No Reino Unido criou-se, em 1999, um programa oficial destinado a estimular o autocuidado apoiado que se denominou de pacientes expertos (*expert patients*). No ano de 2003, metade das unidades de APS da Inglaterra ofereciam esse programa ⁽⁷⁹⁴⁾. Esses programas tiveram impacto na saúde das pessoas portadoras de condições crônicas e reposicionaram as relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias ⁽¹⁰¹¹⁾.

Esses programas pessoas usuárias expertas surgiram em função de observações de alguns médicos e enfermeiros de que algumas pessoas conheciam melhor sua condição de saúde que eles e que as pessoas usuárias detêm conhecimento maior em relação à experiência com a condição crônica; às circunstâncias sociais em que essa condição se dá; e às atitudes frente aos riscos, aos valores e às preferências individuais ⁽¹⁰¹²⁾.

Uma variante dos programas pessoas usuárias expertas – a que se considera aqui –, estrutura-se como trabalhos de grupos de portadores de uma determinada condição crônica de saúde, coordenados por pares, ou seja, por pessoas usuárias com vivência naquela condição de saúde ⁽¹⁰¹³⁾.

A pessoa usuária experta é selecionada entre um grupo de portadores da mesma condição crônica e vai atuar com facilitadora em sessões de grupo com os demais portadores da mesma condição. Na sua seleção, feita pela equipe de saúde, através de entrevista e observação, adotam-se critérios como empatia, interesse em ajudar, motivação, habilidade de comunicação, interesse no trabalho voluntário e boa capacidade de autocuidado. O critério fundamental é que esses facilitadores tenham experimentado os problemas da condição de saúde e, portanto, estejam legitimados para interagir com outras pessoas que estão passando pelos mesmos problemas.

A pessoa usuária experta passa por uma formação para capacitá-la como facilitadora de grupos, realizada pela equipe da ESF. Os grupos são formados por portadores de uma mesma condição de saúde, em número de dez a quinze pessoas. Algum membro da equipe da ESF pode estar presente no grupo, mas somente como observador.

Bodenheimer e Grumbach afirmam que quando um grupo interage com o problema, apresentado por um deles portador de uma condição similar, pode se beneficiar tanto ou mais quanto a intervenção de um médico ou de outro profissional de saúde⁽¹⁵⁵⁾. Nesses grupos, as interações humanas são exponencialmente multiplicadas, beneficiando a atenção à saúde.

Há evidências de que esses programas pessoas usuárias expertas produzem resultados positivos para a saúde de portadores de condições crônicas nas seguintes situações: na melhoria do acesso à atenção^(43, 1014); nos resultados sanitários^(1015, 1016, 1017); na adesão ao autocuidado^(1018, 1019, 1020); e no uso de recursos de saúde^(43, 1016, 1017). Por isso, eles têm sido introduzidos nas políticas oficiais de sistemas públicos de atenção à saúde como o do Ministério da Saúde do Reino Unido⁽⁷⁹⁴⁾ e no sistema público de atenção à saúde da Catalunha, Espanha⁽¹⁰²¹⁾.

A introdução de programas pessoas usuárias expertas, por meio de reuniões de grupos de portadores de uma determinada condição crônica de saúde, facilitados por pares, deveria ser incentivada na ESF.

O Boxe 25 relata a experiência do Programa Paciente Experto, na Catalunha, Espanha.

Boxe 25: O Programa Paciente Experto do Instituto Catalão de Saúde, na Espanha

O Programa Paciente Experto tem os seguintes objetivos: conseguir a adesão das pessoas usuárias; conhecer o grau de satisfação dessas pessoas; melhorar a qualidade de vida percebida por essas pessoas; melhorar o conhecimento das pessoas usuárias sobre a condição crônica; melhorar o grau de autocuidado para poder adquirir um manejo correto da condição crônica; melhorar a adesão às terapêuticas; diminuir o número de consultas médicas e de enfermagem; e diminuir as internações hospitalares e os atendimentos de urgência e emergência.

O programa consta de nove sessões de uma hora e meia que se distribuem num período de dois meses e meio. O número de participantes está limitado a dez, com a finalidade de garantir uma comunicação fluida e efetiva entre os participantes. Uma pessoa usuária é escolhida em função de sua experiência e da sua vivência em relação à condição crônica e atua como facilitadora do grupo. Para tal, passa por uma formação em dinâmica de grupos, feita pela equipe de saúde. Algum membro da equipe de saúde pode participar das sessões, mas exclusivamente como observador, sem interferir na dinâmica do grupo.

A avaliação do processo faz-se em duas fases. A primeira, após cada sessão; e a segunda, seis a doze meses após o final dos trabalhos. Ambas as avaliações buscam verificar aspectos qualitativos e quantitativos, valorizando-se, de um lado, os conhecimentos adquiridos, as mudanças de comportamentos e de estilos de vida, o grau de autocuidado e a satisfação dos participantes e, de outro, a utilização dos serviços de APS, dos serviços de urgência e emergência e das internações hospitalares.

A avaliação feita em dez grupos de pessoas usuárias da APS, em Barcelona, portadoras de insuficiência cardíaca, num total de 78 participantes, mostrou que, ao final do programa, 20,1% melhoraram seus comportamentos e estilos de vida e 9,2% adquiriram novos conhecimentos; seis meses depois, 25% melhoraram seus comportamentos e estilos de vida e 13,2% melhoraram seus conhecimentos sobre a doença. Além disso, os resultados qualitativos demonstraram um alto grau de satisfação dos participantes com o programa.

Fonte: Mestre, Padres, Perelló, Perez, Martin ⁽¹⁰²⁰⁾

Além da atenção por pessoas usuárias expertas, têm aparecido modelos inovadores de redes sociais que facilitam a atenção à saúde. São grupos de pessoas portadoras de uma determinada condição que se congregam para conhecer e trocar informações com "pessoas como eu". Isso lhes torna possível comparar a evolução de suas condições de saúde, o progresso no tratamento e comunicar e aprender uns com os outros. O caso mais conhecido é dos Alcoólicos Anônimos, mas há outras experiências. A *Revolution Health* está construindo uma rede de pessoas com condições crônicas, assentada num amplo banco de dados ⁽²⁷⁾; a *Restless Legs Syndrome Foundation* ajuda os portadores da síndrome das pernas inquietas a conhecer os últimos tratamentos e munir-se de informações para melhor orientar os profissionais de saúde ⁽¹⁰²²⁾; o *website dLife* disponibiliza informações e um fórum nos quais os portadores de diabetes se ensinam com lidar melhor com o diabetes; e na Espanha, o *Forumclínic* difunde informação sanitária aos profissionais de saúde e pessoas portadoras de condições crônicas e comunica, entre si, essas pessoas, criando comunidades virtuais.

UMA NOVA GESTÃO NA ESF: A GESTÃO DA CLÍNICA

A aplicação do MACC na ESF convoca mudanças profundas na gestão dos cuidados primários à saúde.

A gestão da saúde, bem como a gestão das organizações em geral, está voltada para modelos de gestão estratégica com forte base na gestão dos recursos humanos materiais e financeiros. Quando se examinam os currículos dos cursos de gestão em saúde, isso transparece de forma evidente.

Sem abandonar os princípios da gestão estratégica e da gestão de meios, há que se avançar no sentido de uma valorização relativa da gestão dos fins, a gestão da clínica.

AS ORIGENS E O CONCEITO DE GESTÃO DA CLÍNICA

A expressão gestão da clínica não é muito encontrada na literatura internacional, mas, no Brasil, foi adotada por Mendes⁽¹⁰²³⁾ para expressar um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde, aplicável ao SUS.

A gestão da clínica tem suas origens em dois movimentos principais: um, mais antigo, desenvolvido no sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos, a atenção gerenciada (*managed care*); outro, mais recente, a governança clínica (*clinical governance*) que se estabeleceu no Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido⁽²¹⁾.

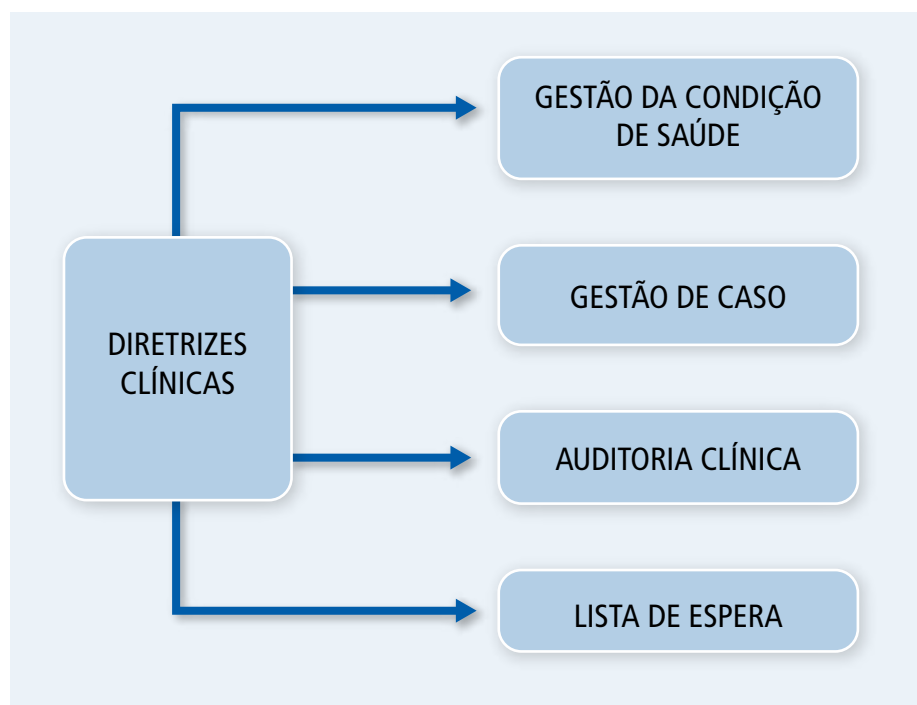
A proposta da gestão da clínica inspirou-se na atenção gerenciada trazendo dela, e adaptando à realidade do sistema público brasileiro, um de seus elementos constitutivos, o conjunto de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde que comprovaram, empiricamente, ser eficazes⁽¹⁰²⁴⁾. Além disso, buscou incorporar, na sua proposta de auditoria clínica, as tecnologias de revisão da utilização, também muito eficazes no controle da variabilidade dos procedimentos médicos⁽¹⁰²⁵⁾. A gestão da clínica incorpora, da governança clínica, especialmente, a centralidade que dá à educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos da atenção e uma visão contemporânea de auditoria clínica, intimamente vinculada a uma cultura de qualidade dos serviços de saúde.

A gestão da clínica pode ser conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna,

prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada ⁽²¹⁾.

A gestão da clínica constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera, conforme se vê na Figura 21.

Figura 21: As tecnologias de gestão da clínica



Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

OS TIPOS DE TECNOLOGIAS DA GESTÃO DA CLÍNICA

A análise da Figura 21 permite verificar que há cinco tipos de tecnologias de gestão da clínica: as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e a lista de espera.

As tecnologias da gestão da clínica encontram, na ESF, um campo privilegiado de aplicação. A exceção fica para a lista de espera que não se aplica à ESF, sendo

utilizada para o equilíbrio entre oferta e demanda na atenção especializada. As diretrizes clínicas constituem a base de uma ESF efetiva e de qualidade. A partir dela, estruturam-se as duas tecnologias fundamentais para o MACC, a gestão da condição de saúde e a gestão de caso, em conformidade com o MPR. Conforme se vê na Figura 12, os níveis de 3 e 4 são de cuidados de condições crônicas simples e/ou fatores de risco biopsicológicos ou de condições crônicas complexas por meio da utilização da tecnologia de gestão da condição de saúde, e o nível 5, relativo à condição crônica muito complexa, é de cuidado provido pela tecnologia de gestão de caso.

Por essa razão, as tecnologias que serão aqui desenvolvidas serão as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde e a gestão de caso. Não obstante, há que se reconhecer que a tecnologia de auditoria clínica deve ser utilizada na ESF, especialmente vinculada a programas de melhoria da qualidade.

AS DIRETRIZES CLÍNICAS

O CONCEITO

As diretrizes clínicas são recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas ⁽¹⁰²⁶⁾.

Para alcançar seus objetivos, as diretrizes clínicas devem combinar medicina baseada em evidência, avaliação tecnológica em saúde, avaliação econômica dos serviços de saúde e garantia de qualidade ⁽¹⁰²⁷⁾.

O processo de desenvolvimento das diretrizes clínicas deve ser encarado, não como um processo linear, mas como um ciclo de atividades interdependentes que envolve a elaboração, a implantação, a avaliação e a revisão das diretrizes clínicas, a educação permanente, a acreditação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e a auditoria clínica ⁽¹⁰²⁸⁾.

Apesar de sofrerem questionamentos frequentes – como os que as comparam a livros de receitas gastronômicas –, as diretrizes clínicas são imprescindíveis para a gestão da clínica e devem ser vistas, não como trilhos, mas como trilhas para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade.

Os objetivos das diretrizes clínicas são: melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias; padronizar as condutas clínicas reduzindo a complexidade da atenção à saúde; melhorar a qualidade da atenção à saúde provendo serviços efetivos, eficientes

e seguros, segundo as evidências científicas; diminuir as variações não desejadas na prestação de serviços de saúde; aumentar a satisfação das pessoas usuárias; definir parâmetros de programação de base populacional; servir de base para a definição das tecnologias de gestão da clínica; facilitar o desenho de processos de educação permanente; e identificar áreas de investigação e de desenvolvimento ^(21, 1029, 1030).

As diretrizes clínicas têm algumas características: apresentam um claro enfoque para as pessoas usuárias; são desenvolvidas por grupos multiprofissionais; estão orientadas para objetivos e resultados; devem ser validadas interna e externamente; incorporam evidências científicas; são monitoradas; e têm um tempo determinado para sofrerem revisão ⁽¹⁰³⁰⁾.

Todo o processo de cuidado das condições crônicas na ESF deve ser sustentado por diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas. Assim, as diretrizes clínicas devem ser construídas com base na medicina baseada em evidência (MBE), entendida como o uso consciente, explícito e prudente da melhor evidência para tomar decisões a respeito da atenção à saúde ⁽¹⁰³¹⁾.

A MBE justifica-se por algumas razões principais: primeiro, porque as evidências estão sendo constantemente geradas e devem ser incorporadas à prática clínica; segundo, porque ainda que essas evidências sejam necessárias para a prática cotidiana da medicina há dificuldades em obtê-las; terceiro, porque o conhecimento médico evolui muito rapidamente e a performance clínica deteriora-se com o tempo; quarto, porque a entropia clínica não é superável pelos programas convencionais de educação continuada; e, por fim, porque a MBE permite aos clínicos manterem-se atualizados ⁽¹⁰³¹⁾.

A MBE busca sumarizar os resultados de pesquisas através, especialmente, da revisão sistemática e da meta-análise. A revisão sistemática difere da revisão bibliográfica pelos critérios rigorosos de seleção dos trabalhos a serem examinados e pelo uso de critérios uniformes para avaliá-los sendo, portanto, menos subjetiva. Constitui um método de síntese da literatura que permite extrapolar resultados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada qual e identificar possíveis inconsistências. Uma revisão sistemática faz-se de acordo com algumas etapas: especificação do problema; especificação dos critérios para a inclusão dos estudos; classificação das características dos estudos; combinação dos achados dos estudos conforme unidades comuns; relacionamento dos achados às características dos estudos; e apresentação dos resultados ⁽¹⁰³²⁾. A meta-análise é um processo de usar métodos estatísticos para combinar os resultados de diferentes estudos; é o método estatístico aplicado à revisão sistemática que articula os resultados de dois ou mais estudos primários ⁽¹⁰³³⁾.

A MBE provê evidências que podem ser classificadas em categorias de evidências e em forças de recomendação. Há várias metodologias para isso ^(1034, 1035). Alguns centros de MBE se instalaram e proveem, com regularidade, revisões sistemáticas da evidência disponível e estão acessíveis em páginas da Internet.

OS TIPOS DE DIRETRIZES CLÍNICAS

Há dois tipos principais de diretrizes clínicas: as linhas-guia (*guidelines*) e os protocolos clínicos. Alguns autores mencionam um terceiro instrumento, as vias clínicas (*clinical pathways*) que são recomendações que se aplicam, geralmente, a pessoas internadas em hospitais ou hospitais/dia e que consideram as ações referentes a cada dia de internação e a critérios de alta ⁽¹⁰³⁶⁾. As diretrizes clínicas mais utilizadas na ESF são as linhas-guia e os protocolos clínicos.

As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS. As linhas-guia normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da APS. As linhas-guia aproximam-se de um conceito muito utilizado no SUS, as linhas de cuidado ⁽¹⁰³⁷⁾.

Os protocolos clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado. Assim, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou palição, em que os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade. Utilizando uma metáfora, pode-se dizer que as linhas-guia são o filme e os protocolos clínicos os fotogramas.

Por exemplo, a normatização da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde, é feita através de uma linha-guia; o detalhamento do diagnóstico e do tratamento da toxoplasmose – uma parte de todo o processo –, é feito por um protocolo clínico.

O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

A elaboração das linhas-guia e dos protocolos clínicos é feita através de um processo complexo, composto por vários momentos, que leva tempo e envolve várias etapas ^(1036, 1038).

A elaboração de diretrizes clínicas é um processo complexo e que leva tempo. Na Escócia, o tempo médio gasto tem sido de vinte e oito meses, a partir da constituição do grupo: quinze meses para revisão da literatura e para elaboração da primeira versão, dez meses para revisão de pares e consulta pública e três meses para a publicação ⁽¹⁰²⁸⁾.

Os momentos de elaboração das diretrizes clínicas são: a escolha da condição de saúde, a definição da equipe de elaboração, a análise situacional da condição de saúde, a busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes, os conteúdos das diretrizes clínicas, a formalização das diretrizes clínicas, a avaliação das diretrizes clínicas, a validação das diretrizes clínicas, a publicação das diretrizes clínicas e a revisão das diretrizes clínicas.

A escolha da condição de saúde

Há uma tendência a privilegiar as condições crônicas, dado seu maior impacto na carga de doenças, mas devem ser normatizadas, também, as condições agudas.

A condição de saúde deve ser escolhida por sua relevância para o sistema de atenção à saúde. Essa relevância pode ser determinada pela magnitude, pelo custo, pela importância para as pessoas usuárias ou por prioridades políticas ou institucionais. Alguns critérios estão estabelecidos para a definição da condição de saúde: que seja de interesse para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias; que exista um debate sobre o que constitui a melhor prática; que envolva grande volume de serviços ou de custos; e em que se perceba uma notável variação na prática e/ou nos resultados sanitários ⁽¹⁰³⁰⁾.

Em geral, o processo de priorização das condições de saúde envolve: as condições de saúde consideradas como prioritárias nas políticas de saúde; as áreas de incerteza clínica, com muita variabilidade; as condições para as quais existam intervenções efetivas que podem reduzir a mortalidade e a morbidade; as condições iatrogênicas; e as necessidades percebidas, por diferentes atores sociais da saúde, para uma determinada diretriz clínica ⁽¹⁰²⁸⁾.

A definição da equipe de elaboração

Para que a equipe de elaboração seja eficaz três condições são fundamentais: a combinação de habilidades, atitudes e competências entre os membros; uma coordenação eficaz; e a alocação dos recursos necessários para o desenvolvimento do trabalho. Para formar a equipe deve-se procurar juntar profissionais que possuam

experiência relevante no tema, em educação e comunicação, em gerência de projetos e, sempre que possível, de pessoas usuárias ⁽¹⁰³⁰⁾.

A equipe de elaboração da diretriz clínica deve ser multidisciplinar. Entre seus membros devem estar: médicos generalistas da instituição; médicos especialistas de dentro e fora da instituição; enfermeiros; farmacêuticos clínicos; especialistas em apoio diagnóstico e terapêutico; especialistas em epidemiologia clínica; especialista em saúde pública; especialista em economia da saúde; assistente social; e profissional com experiência em escrever diretrizes clínicas. Algumas organizações têm como norma colocar pessoas portadoras da condição de saúde ou sua organização, como membros dos grupos-tarefa. É o caso da Escócia em que o *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* coloca, pelo menos, dois representantes de pessoas portadoras da condição de saúde na equipe ⁽¹⁰²⁸⁾. Como, aqui, se trata da elaboração de diretrizes clínicas da ESF é fundamental que profissionais de cuidados primários sejam amplamente representados e que tenham a coordenação dos trabalhos.

A equipe deve ter entre dez a vinte membros e um coordenador com habilidade de facilitar um ambiente aberto e dialógico; de compreender os papéis de cada ponto de atenção à saúde; e de manejar instrumentos de planejamento de trabalho de grupo ⁽¹⁰³⁵⁾.

Há evidências de que consultas a grupos de gestores e a representantes das pessoas usuárias como, por exemplo, as associações de portadores de doenças determinadas, devem ser realizadas durante o processo de elaboração das diretrizes clínicas ⁽¹⁰³⁹⁾. Essa é uma diretiva usualmente utilizada pelo Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE), no Reino Unido ⁽¹⁰⁴⁰⁾ e se justifica em função das limitações das evidências científicas em relação a variáveis importantes como gênero, etnicidade, incapacidade, orientação sexual etc ⁽¹⁰²⁸⁾.

Para o êxito do processo de elaboração das diretrizes clínicas é essencial que haja uma boa gestão desse processo complexo. Uma boa gestão de projetos deve seguir certas regras: manter os objetivos ao longo do trabalho; coordenar a elaboração de um planejamento detalhado de todas as atividades; assegurar uma comunicação adequada entre os membros da equipe; manter expectativas realistas; garantir que os recursos humanos, materiais e financeiros estejam, oportunamente, disponíveis para o trabalho; e fazer o monitoramento e a avaliação.

Os membros da equipe devem declarar, formalmente, por escrito, a inexistência de conflitos de interesses em relação a esse trabalho. É ideal que essa equipe institua-se sob a forma de um grupo-tarefa, dentro de uma organização por projetos ou matricial.

A análise situacional da condição de saúde na APS

A equipe deve iniciar seu trabalho fazendo uma análise das condições presentes, na instituição, de enfrentamento da condição de saúde na ESF. Isso significa, operacionalmente, desenhar os fluxos das pessoas usuárias em busca de cuidados primários, anotando o que é feito e por quais profissionais. Essa análise situacional permite identificar os pontos frágeis que devem ser modificados pelas diretrizes clínicas.

A busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes

Esse estágio é da procura das melhores evidências nas literaturas nacional e internacional. O instrumento é o da MBE, especialmente as revisões sistemáticas e as meta-análises.

Para tal, há que se consultar as fontes autorizadas de evidências. Também, há que se buscar linhas-guia ou protocolos clínicos já publicados e acessíveis. Por exemplo, uma consulta à Cochrane Collaboration, à MEDLINE, à EMBASE, Guidelines International Network (www.g-i-n.net), National Library for Health Guidelines Finder (www.library.nhs.uk/guidance/), National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov), National Institute for Health and Clinical Excellence (www.nice.org.uk), Centre for Reviews and Dissemination at the University of York (www.crd.york.ac.uk/crdweb/), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (www.sign.ac.uk). Uma lista ampla de páginas web, com diretrizes clínicas de diversos países, é fornecida por Graham, Harrison e Brouwers ⁽¹⁰⁴¹⁾. No Brasil, deve-se, especialmente, consultar as diretrizes clínicas produzidas pelo Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina/Ministério da Saúde e os Cadernos da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

As evidências recolhidas devem ser organizadas por categorias de evidências e classificadas segundo a força das evidências. Na ausência de evidências, consensos de opiniões devem ser utilizados.

Além das melhores evidências clínicas, deve haver uma preocupação pelos custos. Assim, diante de duas alternativas tecnológicas, igualmente efetivas, deve ser incorporada aquela de menor custo ou aquela mais custo efetiva. É necessário, ademais, considerar a viabilidade das intervenções recomendadas ⁽¹⁰³⁵⁾.

Há quem proponha a incorporação, nas diretrizes clínicas, de valores das pessoas usuárias que sejam muito importantes nos processos decisórios, mas eles nem sempre influenciam a força das recomendações feitas ⁽¹⁰⁴²⁾.

Dada a abundância de diretrizes clínicas disponíveis na literatura internacional, há uma discussão relevante entre elaborar novas diretrizes clínicas originais ou fazer uma adaptação de diretrizes clínicas já existentes a um contexto organizacional determinado. Uma revisão sistemática sobre o tema mostrou que há vantagens em adaptar diretrizes clínicas já existentes porque, dessa forma, eliminam-se duplicações de esforços e retrabalhos, além de ser mais viável em situações de baixa capacidade institucional para gerar diretrizes clínicas originais ⁽¹⁰⁴³⁾.

A definição dos conteúdos das diretrizes clínicas

Esse momento é importante porque as linhas-guia e os protocolos clínicos têm conteúdos diferentes.

As linhas-guia normatizam todo o processo da condição de saúde, ao longo de sua história natural; assim, devem incorporar as ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à condição de saúde na ESF. Ademais, normatiza as situações em que as pessoas usuárias devem ser referidas pela ESF a outros pontos de atenção e aos sistemas de apoio da RAS.

Os protocolos clínicos vão normatizar parte do processo de enfrentamento da condição de saúde na ESF. Por exemplo, um protocolo clínico pode ser desenvolvido para a medicação antilipídica em pessoas portadoras de altos índices de colesterol.

As diretrizes clínicas recolhem e organizam as evidências científicas relativas às condições crônicas na ESF. Contudo, a aplicação do MACC vai implicar duas características essenciais de conteúdo que as singularizam. Uma primeira característica é que, especialmente as linhas-guia sejam normatizadas por riscos, o que necessariamente envolve a estratificação da condição crônica por riscos. A estratificação de riscos é essencial porque o MACC está construído na lógica do MPR. A segunda característica essencial deriva da função gerencial das diretrizes clínicas, algo que não está presente nas diretrizes tradicionais. Uma linha-guia, para cumprir essa função gerencial, deve conter, ao seu final, uma planilha com os parâmetros de programação referentes à condição crônica normatizada. Essa planilha que representa uma síntese do que foi normatizado, será o instrumento básico para a elaboração da programação local da ESF, parte importante da tecnologia de gestão da condição de saúde.

A formalização das diretrizes clínicas

Uma vez que as evidências estejam recolhidas e os fluxos organizados, para o que se pode utilizar a técnica de seminários, deve-se escrever o documento da linha-guia ou do protocolo clínico.

A forma é muito importante para que se possa melhor comunicar o conteúdo aos profissionais de saúde. A linguagem deve ser clara, sem ambiguidades e definindo todos os termos com precisão. É importante que as diretrizes clínicas estejam organizadas em algoritmos, suportados por gráficos amigáveis para os leitores.

Sugere-se que a equipe de trabalho seja acompanhada por um profissional com familiaridade na formalização de diretrizes clínicas e/ou em gerenciamento de processos clínicos.

As diretrizes clínicas devem refletir, em seu corpo, o processo de elaboração, mas o *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* sugere uma estrutura padronizada: uma clara definição da condição de saúde que se está normatizando; uma explicação das diferentes intervenções alternativas; um sumário das evidências obtidas, com seus níveis de evidência e referências bibliográficas; as recomendações derivadas das evidências obtidas; e uma discussão de adaptações locais ou de evidências frágeis ou inexistentes ⁽¹⁰²⁸⁾.

A avaliação das diretrizes clínicas

Após serem validadas, as diretrizes clínicas devem ser avaliadas. Há várias ferramentas para fazer-se a avaliação de diretrizes clínicas. Uma das mais utilizadas, internacionalmente é o instrumento AGREE (*Appraisal of Guideline Research and Evaluation*) que tem por finalidade proporcionar uma estrutura de base para a avaliação da qualidade de diretrizes clínicas ⁽¹⁰⁴⁴⁾. Por qualidade das diretrizes clínicas entende-se a confiança em como os vieses potenciais do desenvolvimento dessas normas foram adequadamente abordados e em como as recomendações possuem validade interna e externa e são exequíveis na prática. Esse processo implica levar em consideração os benefícios, os riscos e os custos das recomendações, bem como as questões práticas com elas relacionadas.

Assim, a avaliação inclui juízos de valor sobre os métodos usados no desenvolvimento das diretrizes clínicas, sobre o conteúdo das recomendações finais, bem como sobre os fatores associados ao seu acolhimento pelos potenciais utilizadores. O instrumento AGREE avalia tanto a qualidade do enunciado, como a qualidade de alguns aspectos intrínsecos às recomendações. Permite avaliar a validade esperada das diretrizes clínicas, ou seja, a probabilidade de atingir os resultados finais pretendidos. Esse instrumento não avalia o impacto das diretrizes clínicas nos resultados finais de saúde das pessoas usuárias. A maioria dos critérios contidos no instrumento AGREE baseia-se mais em pressupostos teóricos do que em evidência empírica.

O instrumento AGREE foi desenvolvido através de discussões entre investigadores de vários países com larga experiência e conhecimentos extensos no domínio das diretrizes clínicas. Ele deve ser encarado como um reflexo do estado atual do conhecimento nesse campo.

O instrumento AGREE destina-se a avaliar diretrizes clínicas desenvolvidas por grupos locais, regionais, nacionais ou internacionais, ou por organizações governamentais afiliadas. Esse instrumento está voltado para novas diretrizes clínicas ou para atualizações de diretrizes clínicas existentes. Constitui uma ferramenta genérica, podendo ser aplicada a diretrizes clínicas para qualquer condição de saúde, incluindo aspectos de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico, de tratamento, de reabilitação ou de palição de condições de saúde. Esse instrumento se adequa a diretrizes clínicas produzidas tanto em formato eletrônico como em papel.

O instrumento AGREE destina-se a gestores, a técnicos envolvidos na elaboração de diretrizes clínicas, a prestadores de serviços de saúde e a educadores.

A validação das diretrizes clínicas

As diretrizes clínicas, para serem eficazes, devem passar por um processo de validação, envolvendo a validação interna e externa. O processo de validação é importante para garantir que o instrumento de normatização seja aceito e utilizado posteriormente.

A validação interna é realizada por um consenso interno à organização, o que é facilitado pela inclusão de servidores da instituição no grupo-tarefa. É útil o domínio, por algum membro do grupo-tarefa, de técnicas de formação de consensos, como o método *delphi* e as técnicas de grupos nominais. A validação externa deve ser obtida, quando possível, através da manifestação explícita de sociedades corporativas temáticas. No caso de diretrizes clínicas da ESF é fundamental a validação pelas sociedades corporativas de profissionais da APS como, por exemplo, da Sociedade de Medicina de Família e Comunidade, seja nacional ou estadual. A validação externa deve ser buscada, também, com grupos que representam as pessoas usuárias como, por exemplo, as associações de portadores de condições crônicas.

A publicação das diretrizes clínicas

Depois de validadas, as diretrizes clínicas devem ser publicadas.

A publicação deve ter uma diagramação adequada, a fim de que se torne amigável aos seus usuários e deve utilizar material de qualidade, para que resista a um

uso frequente. Deve ser feita uma tiragem que permita atingir todos os profissionais de saúde da ESF que vão utilizar as diretrizes clínicas. Cada profissional deve utilizar a diretriz clínica como base para a sua prática cotidiana, o que significa tê-la à sua disposição no espaço de trabalho.

Além da publicação em papel, deve-se disponibilizar a publicação em meio eletrônico, na página da organização. Isso é fundamental porque a publicação eletrônica pode sofrer revisões em períodos de tempo menores que a publicação em papel. A tendência é de valorizar, relativamente, as publicações eletrônicas, até mesmo por razões de custos.

Idealmente, as diretrizes clínicas devem ser acessadas, facilmente, por meio dos prontuários familiares eletrônicos, pelos profissionais de saúde.

A revisão das diretrizes clínicas

Uma vez que as evidências surgem com muita frequência, é prudente que os instrumentos de normatização sejam revistos periodicamente. Há diferentes propostas para o período de revisão, anual ⁽¹⁰³⁶⁾ ou trienal ⁽¹⁰²⁸⁾.

Quando uma diretriz clínica é considerada para revisão, três alternativas apresentam-se: uma revisão parcial, uma revisão completa ou o seu arquivamento.

A tarefa de elaborar diretrizes clínicas é muito complexa, demorada e custosa e, por consequência, não haverá, na maioria dos municípios, uma capacidade institucional e técnica para elaboração das diretrizes clínicas da ESF; por certo, grandes municípios dispõem dessa capacidade e alguns têm elaborado suas diretrizes clínicas. Mas há vantagens em centralizar relativamente esse processo, seja no Ministério da Saúde e/ou nas Secretarias Estaduais de Saúde. São exemplos, os cadernos de atenção básica do DAB/Ministério da Saúde ⁽¹⁰⁴⁵⁾ e as diretrizes clínicas da APS elaboradas pelas Secretarias Estaduais de Saúde de Espírito Santo ⁽¹⁰⁴⁶⁾ e de Minas Gerais ⁽¹⁰⁴⁷⁾.

Contudo, há vantagens em elaborar as diretrizes clínicas no âmbito local. Além das razões de tempo e custo, há evidências de que a elaboração local garante maior adesão dos profissionais. Acredita-se que a participação de profissionais locais no processo de elaboração das diretrizes clínicas gera um sentimento de propriedade das recomendações por parte desses profissionais e uma maior disposição de utilizá-las na prática cotidiana. Esse sentimento de propriedade se desenvolve quando um grupo de profissionais adapta diretrizes clínicas já existentes para os seus contextos de trabalho e identifica barreiras potenciais no seu uso local ^(1048, 1049, 1050, 1051).

Há alternativas para a adaptação local de diretrizes clínicas: o grupo de profissionais pode assumir todas as recomendações de uma diretriz clínica ou selecionar algumas delas que estejam sustentadas por evidências fortes e que sejam aplicáveis no nível local ou tomar as melhores recomendações de diversas diretrizes clínicas e reformulá-las numa nova diretriz local ⁽¹⁰⁴¹⁾.

A adaptação de diretrizes clínicas já existentes não deve implicar mudanças nas recomendações baseadas em evidências; sempre que se modifiquem essas recomendações, devem ser estabelecidas, explicitamente, na diretriz clínica adaptada as razões dessas mudanças ⁽¹⁰⁴¹⁾.

Há exemplos de metodologias de adaptação de diretrizes clínicas no nível local como o método de avaliação e adaptação de diretrizes clínicas para uso local ⁽¹⁰⁴¹⁾ e o ciclo de adaptação de diretrizes clínicas ⁽¹⁰²⁹⁾.

A IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

Há três cenários em que as diretrizes clínicas baseadas em evidências dão suporte à ESF. Primeiro, os profissionais da ESF podem utilizar as diretrizes clínicas como fontes de informação em sua educação permanente. Segundo, os profissionais da ESF podem usar as diretrizes clínicas para responder a questões específicas de sua prática cotidiana. Terceiro, o trabalho dos profissionais de diferentes unidades pode ser mais bem coordenado pela possibilidade da padronização com base em evidências científicas.

Há quem sugira que as diretrizes clínicas, antes de sua implantação em escala, devem ser aplicadas em projetos-pilotos. Esses projetos-pilotos devem envolver o local de aplicação, o alcance e os objetivos do projeto, os resultados esperados e o cronograma. Na avaliação desses projetos devem ser consideradas, além dos processos e resultados, as opiniões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias ⁽¹⁰³⁰⁾.

As principais barreiras à implantação das diretrizes clínicas são: fatores estruturais, como a ausência de incentivos financeiros; fatores organizacionais; fatores individuais relativos a conhecimentos, habilidades e atitudes; e problemas nas relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias ⁽¹⁰²⁸⁾.

Para superar esses problemas deve ser definida uma estratégia de implantação das diretrizes clínicas, combinando diferentes intervenções que apresentam evidências de efetividades diferenciadas ⁽¹⁰⁵²⁾: a publicação e distribuição em material escrito, pequena efetividade; auditoria clínica e *feedback*, efetividade moderada; educação permanente em grupos, efetiva; educação permanente individual, efetiva; opinião

de líderes, efetividade variável; veiculação na mídia, efetiva; incentivos financeiros, efetividade variável; lembretes pelos prontuários eletrônicos, efetivos, mas não em todos os casos; a combinação dessas intervenções é mais efetiva que a utilização de uma ou de poucas intervenções isoladas. Portanto, a implantação de diretrizes clínicas deve ser feita por um *mix* dessas diferentes estratégias. Simplesmente publicar e enviar o documento aos profissionais da ESF é pouco efetivo e pode levar a que as diretrizes sejam postas na gaveta.

Uma revisão da literatura, conduzida pelo *American College of Cardiology* e pela *American Heart Association* encontrou evidências de que as intervenções multifatoriais destinadas a superar barreiras às mudanças de comportamento, a atenção multidisciplinar a pessoas de alto risco, a extensão acadêmica, os *feedbacks* relativos aos resultados, os lembretes e as opiniões de líderes locais facilitam a adesão dos profissionais às diretrizes clínicas. A mesma revisão conclui que a simples distribuição das diretrizes clínicas tem pouco efeito na adesão ⁽¹⁰⁵³⁾

Outros estudos mostraram que a introdução das diretrizes clínicas pela educação baseada em problemas teve impacto favorável em programas de controle de asma e de diabetes ⁽¹⁰⁵⁴⁾ e que a incorporação das diretrizes clínicas em prontuários eletrônicos aumentou a adesão de médicos da APS a essas diretrizes clínicas ^(1055, 1056).

Uma revisão sistemática realizada com base em duas outras revisões, cinco ensaios clínicos randomizados e três estudos avaliativos de utilização de diretrizes clínicas nas condições crônicas verificou que métodos educacionais ativos e focados encorajam os profissionais de saúde a seguir essas diretrizes ⁽⁴³⁾.

AS EVIDÊNCIAS EM RELAÇÃO AO USO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

As diretrizes clínicas baseadas em evidências são um importante instrumento para os profissionais de saúde porque ajudam a organizar uma informação científica que está muito difusa na literatura e que se produz vertiginosamente. Estima-se que, a cada ano, mais de 2 milhões de artigos científicos são publicados pelas revistas de saúde ⁽¹⁰⁵⁷⁾.

Diretrizes clínicas baseadas em evidências demonstraram ser eficazes em definir que intervenções devem ser ofertadas para um serviço de qualidade, em chamar a atenção para intervenções inefetivas ou perigosas, em reduzir a variabilidade dos procedimentos médicos e em melhorar a comunicação nas organizações de saúde.

Além disso, constituem uma referência necessária para a auditoria clínica, especialmente para as tecnologias de gestão da utilização dos serviços; pela padronização

dos serviços, as diretrizes clínicas aumentam a eficiência econômica do sistema de atenção à saúde; e a introdução das diretrizes clínicas permite racionalizar as taxas de permanência hospitalar, a utilização de medicamentos, as taxas de cirurgia e os exames de apoio diagnóstico e terapêutico ⁽¹⁰⁵⁸⁾.

As limitações das diretrizes clínicas estão em que são feitas para situações médias que podem não se aplicar a todas as pessoas e, também, em que podem estar viesadas pelas opiniões e pelas visões do grupo que as elaborou. Além disso, ainda que reduzam a variação dos procedimentos médicos, podem diminuir a atenção individualizada para determinadas pessoas que necessitam de cuidados especiais. A forma de elaboração, através de algoritmos binários, pode sobressimplificar procedimentos complexos da medicina ⁽¹⁰⁵⁸⁾.

Há evidências de que as diretrizes clínicas funcionam melhor quando utilizadas em conjunto com outras tecnologias de gestão da clínica e em RASs. Isso é explicável porque a existência das diretrizes clínicas não garante a sua aplicação. Isso só pode ser conseguido com uma boa estratégia de implantação que passa pela tecnologia de gestão da condição de saúde. Além disso, há evidências de que as diretrizes clínicas são mais bem aplicadas quando levam em conta as circunstâncias locais, o cuidado multiprofissional, a implantação por processos de educação permanente e quando viabilizam o uso de alertas para os profissionais de saúde e as pessoas usuárias ^(43, 1054).

Em termos gerais, um *survey* nacional para verificar a reação dos médicos americanos às diretrizes clínicas mostrou que os resultados referentes à familiaridade com as diretrizes clínicas foram muito diferenciados, variando de 11% para testes de estresse a 59% para protocolos sobre dislipidemias. Os subespecialistas são os que mais conhecem as recomendações para sua área. Quanto maior o tempo de prática médica, maior o conhecimento das diretrizes clínicas. A confiança com as diretrizes clínicas variou: as menos confiáveis são as produzidas por operadoras privadas de planos de saúde, depois as produzidas por órgãos governamentais; as mais confiáveis são as produzidas por associações corporativas. A maioria dos médicos disse que as diretrizes clínicas foram boas e convenientes como instrumentos educacionais (64%), como fontes de consulta (67%) e que melhoraram a qualidade da atenção (70%). 25% dos médicos acharam-nas sobressimplificadas, rígidas e como uma ameaça à liberdade clínica ⁽¹⁰⁵⁹⁾.

Especificamente, há evidências sobre o impacto de diretrizes clínicas na APS: em padronizar a atenção ^(1055, 1056); em reduzir a utilização de serviços ^(1060, 1061); em melhorar a qualidade da atenção ^(1062, 1063); em reduzir os custos da atenção à saúde ⁽¹⁰⁶⁰⁾; em reduzir o uso de serviços de diagnóstico ⁽¹⁰⁶²⁾; e em melhorar os processos clínicos ^(1054, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074).

A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

O HISTÓRICO

A tecnologia de gestão da condição de saúde surgiu na Conferência de Atenção Gerenciada, nos Estados Unidos, na primavera de 1993, como gerenciamento de doença (*disease management*), uma tecnologia de microgestão da clínica destinada a enfrentar uma doença específica.

Desde seu surgimento, a gestão da condição de saúde vem passando por sucessivas gerações⁽¹⁰⁷⁵⁾. A primeira geração consistiu na provisão de um ou mais serviços, normalmente de cuidado ou cura, que não eram regularmente ofertados em relação a determinada doença. A segunda geração avançou no sentido de privilegiar ações concernentes às pessoas usuárias mais graves e mais custosas, uma resposta parcial à lei da concentração da severidade e dos gastos em saúde. Essas duas gerações deram origem ao nome gerenciamento de doença, já que eram voltadas fortemente para determinada doença, com ações de cuidado, cura ou reabilitação. A terceira geração veio junto com a implantação dos sistemas integrados ou RASs e a tecnologia passou a abarcar toda a história de uma condição de saúde, através de medidas de prevenção primária, secundária e terciária e com estratificação dos riscos populacionais. A quarta geração que se está iniciando é a transformação da gestão de doença em gestão da saúde ou em gestão total da saúde, em que a ênfase se dará em medidas promocionais e preventivas destinadas a otimizar o estado de saúde, com um enfoque menos orientado às medidas de cura, cuidado e reabilitação.

Ainda que a gestão da condição de saúde tenha sido originada na atenção gerenciada dos Estados Unidos, ela se espalhou por vários países do mundo, especialmente nos sistemas públicos universais dos países da Europa Ocidental. Essa tecnologia apresenta mais chances de sucesso nos sistemas públicos universais por ter, neles, melhores condições contextuais para o seu pleno desenvolvimento⁽¹⁸⁾.

O CONCEITO

Há vários conceitos de gerenciamento de doença. Um deles, da *Disease Management Association of America*, define-o como um sistema de intervenções e de comunicações coordenadas de cuidados de saúde para populações, em condições nas quais os esforços de autocuidados são significativos⁽¹⁰⁷⁶⁾.

A proposta de gestão da condição de saúde é uma releitura do gerenciamento de doença e representa um *mix* da terceira e da quarta gerações dessa tecnologia de gestão da clínica. Ela se beneficia das experiências internacionais, mas foi desenvolvida

para adaptar-se às singularidades de um sistema público universal, o SUS, e porque vai além da mera gestão de doenças, para acomodar-se ao conceito da condição de saúde. A gestão da condição de saúde vai além do gerenciamento das doenças crônicas, incorporando os fatores de risco proximais e os eventos vitais ligados aos ciclos de vida, como gestação, puericultura, hebicultura e senicultura.

A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou de uma determinada condição de saúde estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos e de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde.

A gestão da condição de saúde é a tecnologia de gestão da clínica que se utiliza no manejo das condições crônicas das pessoas atendidas nos níveis 3 e 4 do MACC.

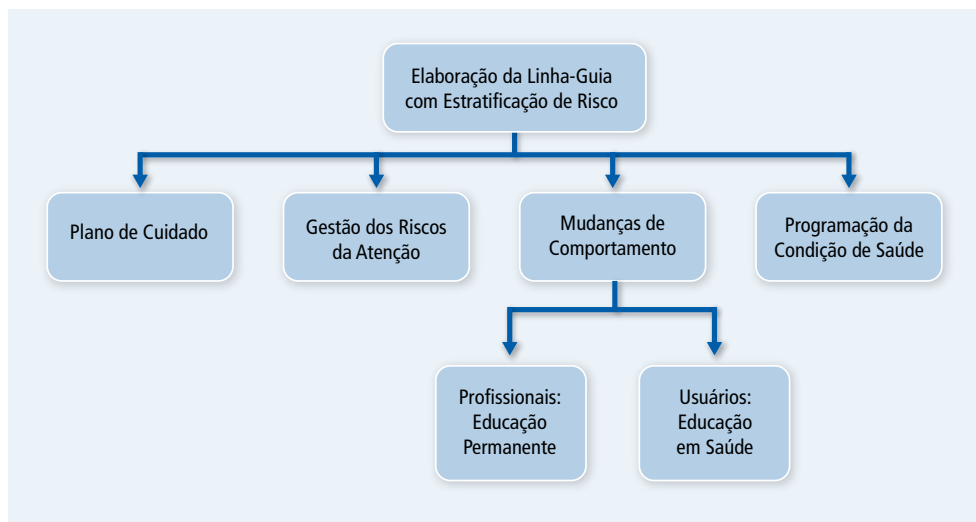
A gestão da condição de saúde faz-se em relação aos fatores de risco biopsicológicos (dislipidemia, hipertensão arterial, depressão, pré-diabetes e outros) e em relação às condições crônicas estabelecidas (gravidez, puericultura, diabetes, asma, doença coronariana e outras). A divisão entre condição de saúde de nível 3 e condição de saúde de nível 4, conforme se mostra na Figura 12 do MACC, separa as condições crônicas de baixo e médio riscos das condições de alto e muito alto riscos, em consonância com o MPR. A razão é que diferentes estratos têm manejos clínicos diferenciados e concentração de trabalho profissional e de autocuidado apoiado diversos. Na gestão da condição de saúde de nível 3 vai-se privilegiar, relativamente, o autocuidado apoiado prestado pela equipe da ESF, e na gestão da condição de saúde de nível 4, vai-se fixar, relativamente, na atenção profissional, ainda que mantendo os procedimentos de autocuidado, com trabalho articulado de generalistas e especialistas.

A gestão da condição de saúde é um processo intensivo em cognição para melhorar continuamente o valor da atenção à saúde. A gestão da condição de saúde tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica, porque ela se move de um modelo de um profissional de saúde individual, que responde a um doente por meio de procedimentos curativos e reabilitadores para uma abordagem baseada numa população adscrita, em que os fatores de risco biopsicológicos e as condições de saúde já estabelecidas, são enfrentados por meio de estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população.

A gestão da condição de saúde tem como premissa a melhoria da atenção à saúde em toda a RAS, mas ela pode ser, especialmente, aplicada na ESF.

A gestão da condição de saúde é representada, graficamente, na Figura 22.

Figura 22: A gestão da condição de saúde



Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

AS INDICAÇÕES DA GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

A gestão da condição de saúde é uma tecnologia indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo. É um enfoque que se dirige a uma população determinada e é, portanto, uma tecnologia que exige, como pré-condição, o conhecimento e o relacionamento constante com uma população adscrita que será sujeito das intervenções em relação a uma condição de saúde determinada. Ou seja, pressupõe o conhecimento da população através de um sistema de cadastramento familiar e de um sistema de informação com capacidade de fazer o registro dessa população adscrita por condição de saúde e por riscos em relação a essa condição. Isso faz com que a ESF seja um espaço privilegiado de gestão da atenção à saúde porque é, nesse nível, que a população se afilia ao sistema de atenção à saúde.

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

O instrumento básico para o desenvolvimento da gestão da condição de saúde é a linha-guia que normatiza a condição de saúde na ESF, em seus aspectos promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos.

A gestão da condição de saúde, tal como se observa na Figura 22, estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde.

O PLANO DE CUIDADO

O coração da gestão da condição de saúde está na elaboração do plano de cuidado para cada pessoa usuária do sistema de atenção à saúde. Em alguns casos, envolverá o grupo familiar e a rede de suporte social da pessoa usuária.

Esse plano de cuidado é elaborado, conjuntamente, pela equipe da ESF e cada pessoa usuária e envolve metas a serem cumpridas ao longo de períodos determinados. Isso exige uma mudança profunda nas relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, através da introdução da gestão colaborativa e centrada na pessoa e na família. Nessa forma de relação entre a equipe da ESF e as pessoas usuárias não há mais prescritores, de um lado, e receptores passivos, pacientes portanto, de outro; equipe de saúde e pessoa usuária atuam cooperativa e proativamente na elaboração, monitoramento e avaliação do plano de cuidado, ao longo do tempo. O centro da relação entre a equipe da ESF e a pessoa usuária, na atenção às condições crônicas, deixa de ser a queixa conduta para ser o plano de cuidado.

O plano de cuidado envolve vários momentos: o diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos e a definição dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançar essas metas; a identificação dos obstáculos ao alcance das metas; as ações para superar esses obstáculos; o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas; o estabelecimento do nível de confiança da pessoa usuária para alcançar as metas; e o monitoramento conjunto das metas ao longo do tempo.

É o plano de cuidado que coloca, efetivamente, a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde, com a colaboração da equipe da ESF e com o apoio de um sistema eficaz de informações em saúde. É ele que traz os elementos fundamentais para uma participação proativa das pessoas usuárias em sua atenção, que recolhe e acolhe seu grau de confiança em cumprir as metas definidas e que permite um monitoramento conjunto desse plano. Um plano de cuidado robusto deve ter três atributos: o enfoque de trabalho em equipe; a participação proativa das pessoas usuárias; e o suporte de um sistema de informações em saúde eficaz⁽¹⁰⁷⁷⁾.

O plano de cuidado é parte fundamental do prontuário clínico eletrônico.

A GESTÃO DOS RISCOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde não se faz, infelizmente, de acordo com padrões ótimos de clínica. Um estudo feito nos Estados Unidos mostrou que, em média, a qualidade adequada de atenção à população adulta, quando comparada com recomendações baseadas em evidências, foi de, apenas, 54,9%, um déficit de qualidade médio de 45,1%. Esse valor médio de qualidade recomendada atingiu 54,9% para os cuidados preventivos, 53,5% para os cuidados aos eventos agudos e 56,1% para o cuidado às condições crônicas. Variações maiores foram obtidas quando se consideraram condições específicas; por exemplo, o manejo de pessoas portadoras de dependência alcoólica só foi adequado em 10,5% dos casos ⁽¹⁰⁷⁸⁾. Não foi diferente o estudo sobre a atenção às crianças e aos adolescentes no mesmo país, realizado posteriormente. Verificou-se que, em média, a atenção recomendada só foi obtida em 46,5% dos casos, variando de 67,6% nos cuidados aos eventos agudos, 53,4% nas condições crônicas e 40,7% nos cuidados preventivos. Nos serviços preventivos para adolescentes a atenção adequada só foi de 34,5% ⁽¹⁰⁷⁹⁾.

Um dos problemas centrais dos sistemas de atenção à saúde é que eles podem causar danos às pessoas usuárias e às equipes de saúde. Esses danos podem ser devidos a erros ou a eventos adversos. Os erros são definidos como falhas numa ação planejada ou pelo uso de um planejamento incorreto e os eventos adversos como os danos causados pela intervenção sanitária e não pelas condições das pessoas que são submetidas a ela; os eventos adversos preveníveis são aqueles atribuíveis a um erro ou a uma falha sistêmica da atenção à saúde ⁽¹⁰⁸⁰⁾. Por outro lado, os serviços seguros são conceituados como aqueles que são prestados sem causar danos às pessoas usuárias e aos profissionais e que aumentam a confiança das pessoas na atenção à saúde ⁽¹⁰⁸¹⁾.

Um clássico trabalho sobre o sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos mostrou que os problemas de erros e eventos adversos do sistema de atenção à saúde constituíram a terceira causa de morte naquele país e foram responsáveis por 48 a 98 mil mortes por ano, metade das quais por reações adversas de medicamentos ^(1080, 1082). Em parte, esses eventos adversos decorreram de *overdiagnosis* ⁽⁶⁶⁶⁾ e *overtreatment* ⁽⁶⁶⁷⁾ e muitos dos eventos adversos devidos a medicamentos foram consequência da percepção exagerada das pessoas dos aspectos positivos dos medicamentos e da pressa em aprovar a entrada no mercado dos medicamentos, ambas as situações ligadas aos modos de operar da grande indústria farmacêutica ⁽¹⁰⁸³⁾.

O Instituto de Medicina propôs a superação do "abismo da qualidade" do sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos por meio de reformas profundas que

estruturem um novo conceito de qualidade, baseado em alguns objetivos, entre os quais, a prestação de serviços seguros que evitem danos para as pessoas usuárias. Essa importante instituição fez uma recomendação explícita para a mudança do sistema americano que é a de colocar a segurança como uma propriedade inerente desse sistema e que as pessoas usuárias devem estar seguras de que não sofrerão danos causados pela atenção à saúde. Reduzir os riscos e assegurar segurança requer maior atenção do sistema para prevenir e mitigar os seus erros ⁽³¹⁾. Por isso, definiu-se um conceito de segurança das pessoas usuárias como a capacidade de um sistema de atenção à saúde evitar os danos da atenção que se supõe ser prestada para ajudá-las a melhorar suas condições de saúde ^(31, 1080).

No Reino Unido, uma em cada vinte pessoas usuárias dos serviços de atenção secundária sofrem danos em consequência de intervenções sanitárias, o que leva a 850 mil eventos adversos nos hospitais, por ano, e a um custo adicional de dois bilhões de libras, por ano ⁽¹⁰⁸⁴⁾; metade desses eventos adversos são preveníveis ⁽¹⁰⁸⁵⁾. Esses eventos são responsáveis por aproximadamente 40 mil mortes anuais, o que faz com que iatrogenias do sistema de atenção à saúde daquele país, à semelhança dos Estados Unidos, sejam a terceira causa de mortes naquela população, somente superados pelas mortes por doenças cardiovasculares e por câncer.

Esses problemas com a segurança das pessoas usuárias apresentam-se, também, na APS. Um caso emblemático, é o do Dr. Harold Shipman, o médico generalista mais popular de Hyde, Manchester, com extensa lista de espera, que era, na realidade, um assassino em série ⁽¹⁰⁸⁶⁾. A descoberta desse caso, juntamente com o inquérito Allit de mortes causadas por más práticas de enfermagem e com o caso de Bristol de mortes excessivas em procedimentos realizados por um cirurgião cardíaco pediátrico, colocaram em xeque o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e levaram a uma resposta que foi a proposta da governança clínica, com um forte componente de gestão dos riscos da atenção à saúde ⁽¹⁰⁸⁷⁾.

Estudo realizado na Espanha em 48 unidades de APS, numa amostra de 96.047 pessoas usuárias, mostrou que 7% dos eventos adversos registrados, 6,7% foram considerados totalmente inevitáveis; 23,1% eram dificilmente preveníveis; e 70,2% eram claramente preveníveis. Em termos da preventividade por grau de severidade, eram preveníveis 65,3% dos eventos leves, 75,3% dos eventos moderados e 80,2% dos eventos graves. 23,6% dos eventos adversos não tiveram consequência sobre a atenção à saúde; 33,1% implicaram novas intervenções propedêuticas; 17,1% exigiram tratamentos cirúrgicos ou clínicos adicionais providos na APS; em 29,4% foram necessários cuidados especializados ambulatoriais; e em 5,8% houve internação hospitalar. Os eventos adversos estiveram relacionados a: 48,2% com medicamentos; 25,7% com a atenção prestada; 24,6% com a comunicação; 13,1% com o diagnóstico; 8,9% com

o manejo clínico; e 14,4% com outras causas ⁽¹⁰⁸⁸⁾. Esses resultados mostraram que a existência de eventos adversos é relativamente baixa na APS quando comparados com os hospitais. São, também, menos severos. Não obstante, quando os resultados foram extrapolados para toda a população espanhola, estimou-se que 7% das pessoas usuárias da APS podem ser afetadas por eventos adversos num ano. Esses dados indicam a importância da segurança das pessoas usuárias na APS porque apesar de mostrarem valores relativos baixos, os valores absolutos são muito altos, em função do grande número de pessoas que utilizam os cuidados primários. Por isso, a gestão de riscos na APS deve ser vista como uma prioridade para a melhoria da segurança das pessoas usuárias, especialmente quando se constatou que 70% de todos os eventos adversos ocorridos e 80% dos eventos graves eram preveníveis.

Os dados relativos ao Reino Unido, produzidos pela *National Patient Safety Agency*, mostraram que de todos os incidentes reportados na APS, 68,9% não produziram danos, 22,4% produziram danos baixos, 7,9% danos moderados, 0,5% danos severos e 0,3% mortes. As causas mais comuns de eventos adversos foram: 15,6% medicamentos, 13,11% acesso ou transição, 8,3% manejo clínico, 7,4% documentação, 5,5% comunicação e 3,0% infraestrutura ⁽¹⁰⁸⁹⁾.

Em função dos problemas de segurança na atenção à saúde, a Organização Mundial da Saúde está considerando que serviços de qualidade, seguros para as pessoas e para os profissionais, devem ser inscritos como direitos da pessoa humana ⁽¹⁰⁵⁴⁾.

A gestão dos riscos da atenção à saúde estrutura-se a partir do princípio hipocrático: primeiro, não cause danos e reconhece que os erros e os eventos adversos são resultados acumulativos de problemas que se dão na forma como os elementos estruturais e os processos são organizados e nos ambientes físico e social em que a atenção à saúde é prestada.

Há um reconhecimento crescente de que a gestão dos riscos da atenção à saúde deve estar integrada em programas de qualidade, vez que se entende um serviço de qualidade como aquele que organiza seus recursos de modo a atender às necessidades de saúde das populações por meio de intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, prestadas com segurança para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde, sem desperdícios econômicos e dentro de padrões ótimos predefinidos ⁽¹⁰⁹⁰⁾. Em geral, as ações de segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde estão contidas no nível 1 dos processos de acreditação das unidades de saúde.

O conceito de gestão dos riscos da atenção à saúde significa desenvolver boas práticas clínicas que permitam diminuir os riscos clínicos e a ocorrência de incidentes

danosos ou adversos para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde ⁽¹⁰⁹¹⁾. Os riscos clínicos representam-se por variâncias nas intervenções diagnósticas ou terapêuticas em relação a padrões definidos intencionalmente.

A gestão dos riscos da atenção à saúde procura aumentar a capacidade das organizações de saúde e de seus membros para desenvolver ações positivas que reduzam os riscos de morte e de sequelas para as pessoas usuárias e as suas consequências econômicas, morais ou de prestígio para as organizações de saúde ⁽¹⁰⁹²⁾.

A gestão dos riscos da atenção pressupõe um sistema de gestão de desempenho que visa garantir que os serviços são prestados de forma efetiva, apropriada e em tempo oportuno. Esse sistema opera, de um lado, com variáveis individuais como as queixas das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e de suas repercussões na mídia e, de outro, com variáveis organizacionais como os eventos adversos, os indicadores de qualidade e as revisões de desempenho. Isso se explica porque o mau desempenho pode ser resultado de falhas individuais e/ou de falhas processuais ou sistêmicas. A gestão de desempenho procura responder a duas questões: O que estamos fazendo? E quão bem estamos fazendo? ⁽¹⁰⁹¹⁾.

A Comissão Europeia para a Saúde e Proteção do Consumidor está propondo um programa de gestão dos riscos da atenção à saúde com base em três grandes áreas: a estruturação de um sistema de vigilância dos riscos da atenção à saúde; a implantação de mecanismos de compensação financeiras para as pessoas vítimas de erros médicos ou eventos adversos; e o desenvolvimento e o uso dos conhecimentos e das evidências ⁽¹⁰⁸⁸⁾.

A gestão dos riscos da atenção à saúde pode ter um segundo componente que são os riscos para as equipes de saúde. Esse componente visa a assegurar que os profissionais de saúde estão operando em padrões adequados de biossegurança, em ambientes saudáveis e protegidos em relação a infecções ⁽¹⁰⁹³⁾.

A implantação da gestão dos riscos da atenção à saúde na ESF envolve um conjunto integrado de ações: a definição de uma estratégia de gestão dos riscos da atenção; a identificação, em cada unidade, de um grupo para coordenar essas ações; a explicitação de padrões ótimos de atenção segura, com base em evidências clínicas; a implantação de um sistema de relatório de eventos adversos; a montagem de um sistema de vigilância dos riscos da atenção, envolvendo a identificação, o monitoramento e a avaliação dos riscos, por exemplo, o sistema de farmacovigilância; a implantação de um sistema de ouvidoria que recolha e acolha as manifestações de más práticas clínicas por parte das pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde; a articulação com o sistema de auditoria clínica; a implantação de sistema

de educação permanente dos profissionais de saúde em redução dos riscos clínicos; e a provisão de informação às pessoas usuárias sobre os riscos e os benefícios de determinadas intervenções médicas.

Uma forma de implantar a gestão de riscos na ESF é por meio do processo de acreditação das unidades de cuidados primários. O foco será na acreditação nível 1 em que será avaliada a segurança dos processos para os pacientes e profissionais que trabalham nas organizações. Nesse nível, a palavra chave é segurança, com foco no gerenciamento de riscos ⁽¹⁰⁹⁴⁾.

AS MUDANÇAS DE COMPORTAMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS PESSOAS USUÁRIAS

As mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias fazem-se, na gestão da condição de saúde, por meio de processos educacionais potentes. Em relação aos profissionais de saúde envolve métodos adequados de educação permanente e no que concerne às pessoas usuárias faz-se através de processos de educação em saúde.

A educação permanente dos profissionais de saúde há que evoluir de uma educação tradicional para processos de educação permanente contemporâneos.

A educação tradicional dos profissionais de saúde caracteriza-se assim: é baseada em intervenções isoladas e pontuais; utiliza metodologias centradas nos professores e com ênfase na transmissão de conhecimentos; desvincula as intervenções educacionais das práticas profissionais; separa as intervenções educacionais das mudanças de desempenho; não é construída com base em análises de necessidades dos educandos; produz respostas padronizadas e não individualizadas; e as iniciativas de adesão são responsabilidades individuais ⁽¹⁰⁹⁵⁾.

A educação continuada na ESF tem sido ofertada, predominantemente, dessa forma tradicional. São atividades educacionais convencionais como cursos curtos, seminários, oficinas; centram-se nas necessidades dos seus formuladores, normalmente gerentes de programas de saúde que não têm uma boa formação em educação; são intervenções curtas e pontuais; nem sempre são significativas para os educandos; e não se fazem sobre problemas concretos do dia-a-dia dos educandos. O resultado é um enorme volume de recursos aplicado para baixos resultados educacionais. Agreguem-se, a esses custos diretos, custos indiretos muito altos, derivados da retirada constante dos profissionais de suas atividades de rotina nas suas unidades da ESF. Essa forma de processo educacional precisa ser mudada radicalmente.

A superação dos processos tradicionais de educação dos profissionais de saúde faz-se a partir de grandes tendências: a educação como um processo permanente: pré-graduação, graduação, formação para especialidade, educação permanente; a educação permanente evoluindo para o desenvolvimento educacional permanente nos campos técnico-científico, gerencial, social e pessoal; a articulação da educação permanente com a melhoria das práticas profissionais; a adoção de fundamentos oriundos da investigação científica nas áreas de psicologia cognitiva e educação profissional; e o movimento da educação baseada em evidência ⁽¹⁰⁹⁵⁾.

Há tempo, os processos de educação permanente têm demonstrado ser eficazes para a incorporação das práticas definidas nas diretrizes clínicas ⁽¹⁰⁹⁶⁾. Mas vai-se caminhando no sentido de estratégias educacionais que valorizam o ensino-aprendizagem tutorial, realizado com base na aprendizagem por problemas, na aprendizagem significativa e organizadas por círculos de pares ⁽¹⁰⁹⁷⁾.

A educação permanente dos profissionais da equipe da ESF tem como sujeitos pessoas adultas. A educação de pessoas adultas é feita pela andragogia que tem características de aprendizagem bem diferentes daquelas da pedagogia, destinadas à aprendizagem das crianças. As principais características da aprendizagem andragógica são: a aprendizagem adquire uma característica mais centrada no aprendiz, na independência e na autogestão da aprendizagem; as pessoas aprendem o que realmente precisam saber ou aprendizagem para a aplicação prática na vida; a experiência é rica fonte de aprendizagem através da discussão e da solução de problemas em grupo; e a aprendizagem é baseada em problemas, exigindo ampla gama de conhecimentos para se chegar à solução. Na andragogia, o professor se transforma num facilitador eficaz de atividades de grupos, devendo demonstrar a importância prática do assunto a ser estudado, transmitir o entusiasmo pelo aprendizado e a sensação de que aquele conhecimento fará diferença na vida dos aprendizes ⁽¹⁰⁹⁸⁾.

A educação permanente dos profissionais da equipe da ESF deve ser baseada nos fatores de mudança das práticas profissionais: os fatores predisponentes, os fatores habilitadores e os fatores reforçadores. Os fatores predisponentes envolvem a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, tais como atividades formais (cursos e conferências), materiais impressos e audiovisuais. Os fatores habilitadores são aqueles que facilitam as modificações da prática profissional no ambiente de trabalho como as condições de infraestrutura física, as diretrizes clínicas, as consultas a colegas e materiais de educação em saúde. Os fatores reforçadores são aqueles que consolidam as mudanças das práticas profissionais como os alertas e os *feedbacks* providos pelo sistema de informação clínica. Há, ainda, fatores multipotenciais como as revisões de prontuário, as opiniões de profissionais-líderes e os incentivos ⁽¹⁰⁹⁹⁾. Os incentivos econômicos e não econômicos em relação à adoção dos procedimentos

recomendados são fundamentais, juntamente com as estratégias educacionais, para as mudanças das práticas clínicas.

Uma estratégia importante para a educação permanente de profissionais da equipe da ESF é o círculo de aperfeiçoamento da prática profissional, uma reflexão crítica de um grupo de profissionais sobre o seu próprio desempenho, com o objetivo de alcançar uma melhoria contínua na atenção às pessoas. Esse círculo é: um processo permanente que envolve a definição de critérios, a avaliação do desempenho e a implementação das mudanças; a forma de educação permanente que associa o aumento do conhecimento com a mudança da prática profissional; e o método para aprender e mudar ⁽¹¹⁰⁰⁾.

A educação permanente para os profissionais da equipe da ESF exige uma mudança estrutural nas organizações de saúde que devem colocar a atualização permanente de seus profissionais como o principal investimento nos seus ativos. Essa organização, conseqüentemente, deve prover os recursos financeiros e os meios educacionais necessários para alcançar tal objetivo. Isso significa valorizar o momento educacional como parte da carga horária contratada ofertando-o, portanto, em tempo protegido.

A educação permanente é uma condição para que os profissionais possam manter-se atualizados no manejo das condições crônicas na ESF. Assim, devem ser ofertados programas de educação permanente que sejam: metodologicamente adequados, ou seja, construídos segundo os princípios da andragogia; constantes no tempo, ou seja, que não tenham terminalidade; flexíveis, ou seja, que permitam manter grupos que mudam, dinamicamente, em sua constituição; e que sejam ofertados em tempo protegido, ou seja, durante o horário contratado dos profissionais.

Um caso de educação permanente de profissionais da ESF que utiliza os princípios da andragogia, que é constante e flexível e que é ofertado em tempo protegido, é o Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, descrito no Boxe 26.

Boxe 26: O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PEP)

O PEP é a intervenção educacional implantada pela SESMG, em parceria com as SMSs do estado, para ofertar educação permanente dos médicos da ESF. O propósito é induzir uma cultura de mudança e de renovação da prática do profissional e criar um sistema de melhoria permanente do desempenho em busca da excelência dos cuidados às pessoas usuárias dos cuidados primários do SUS.

Fundamentado nos princípios da aprendizagem de adultos e nas melhores evidências disponíveis na literatura, o PEP é uma intervenção multifacetada que articula estratégias educacionais para aprendizagem de indivíduos, de pequenos grupos, de grandes grupos e de treinamento em serviço. O ponto de partida do processo de aprendizagem é a consulta médica centrada na pessoa e na família.

Para além da aprendizagem do conhecimento científico factual, é enfatizado o desenvolvimento de habilidades, especialmente as de comunicação, comportamentos e atitudes, importantes na ESF. A aprendizagem colaborativa e o foco em dados da realidade dos pares, o hábito de avaliação da prática e mensuração de desfechos, o desenvolvimento da aprendizagem autodirigida de longo prazo e a orientação para a qualidade da atenção são diretrizes que orientam as atividades educacionais do programa.

O PEP está estruturado em torno dos Grupos de Aperfeiçoamento da Prática. Cada grupo é integrado por oito a dez médicos que trabalham na ESF de uma mesma microrregião de saúde ou cidade. Seus membros dedicam dezesseis horas mensais às atividades de aprendizagem, no horário de trabalho, com tempo protegido para esse fim. As atividades de aprendizagem estão organizadas em quatro grandes estratégias educacionais: o círculo de aperfeiçoamento da prática profissional, o plano de desenvolvimento pessoal, os módulos de capacitação e o treinamento em serviço de habilidades clínicas. Na seleção dos tópicos para estudo e na programação das atividades educacionais, as áreas prioritárias da política estadual de saúde são priorizadas, especialmente aquelas contidas nas linhas-guia referentes aos programas estruturadores.

Em cada microrregião/município em que as atividades educacionais são desenvolvidas é implantada uma sala de educação permanente. Essa sala de educação permanente do PEP é dotada do mobiliário, equipamentos, material de consumo, computador com acesso à internet e acervo bibliográfico necessários ao desenvolvimento das atividades previstas. Na implantação dessas salas, procura-se montar um espaço com privacidade e tranquilidade, enfim, um ambiente físico apropriado para a aprendizagem de adultos.

As atividades educacionais dos grupos de aperfeiçoamento das práticas são supervisionadas, de forma presencial, por professores das Faculdades de Medicina regionais. Os professores recebem capacitação prévia nos princípios, diretrizes, estratégias e ferramentas educacionais preconizadas no PEP. A parceria da Faculdade de Medicina com a SESMG é formalizada mediante contrato ou convênio, com a participação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

A implantação do PEP em uma microrregião é negociada com os municípios e submetida à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional correspondente. A adesão de cada município é oficializada pela assinatura de termo de compromisso do gestor em promover a participação dos seus médicos e garantir tempo protegido para as atividades educacionais.

Boxe 26: O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PEP)

A gestão do PEP é compartilhada pela Coordenação Estadual, pela Comissão Regional e o Coordenador Regional, necessariamente um professor da Faculdade de Medicina parceira. Encontra-se em fase de implantação o sistema de monitoramento e avaliação do PEP e uma parceria com a Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais. Essa associação deverá assumir a função de acreditar os grupos de aperfeiçoamento das práticas, fazer o acompanhamento longitudinal de seu funcionamento e validar as atividades dos médicos participantes para fins de recertificação.

Os primeiros grupos de médicos foram implantados nas microrregiões de Janaúba/Monte Azul e Montes Claros/Bocaiúva, a partir de 2005. A avaliação da percepção do programa pelos médicos participantes desses grupos, feita por meio de um questionário estruturado, respondido por 120 médicos de família, está descrita no quadro abaixo.

A Percepção dos médicos participantes do PEP nas microrregiões de Montes Claros/Bocaiúva e Janaúba/Monte Azul, março/2008

VARIÁVEL	RESPOSTA	%
Interesse em participar do PEP	Grande e muito grande	97
Satisfação pessoal com o PEP	Grande e muito grande	86
Autoavaliação da participação no PEP	Boa e excelente	77
Potencial do PEP para mudar a prática	Grande e muito grande	95
Interesse em novos conhecimentos	Aumentou muito	88
Interesse em continuar participando do PEP	Grande e muito grande	90
Oportunidade para crescimento pessoal e profissional	Grande e muito grande	98

O PEP, em 2011, estava implantado em 11 macrorregiões de saúde, 55 microrregiões de saúde, envolvendo 616 municípios mineiros, atingindo 3.188 médicos da ESF, 330 supervisores/preceptores ou multiplicadores, organizados em 330 grupos de aperfeiçoamento profissional e 145 salas de educação permanente, distribuídas pelo estado. As escolas médicas parceiras eram: Universidade Estadual de Montes Claros, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Ouro Preto, Universidade Federal de São João Del Rei, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Faculdade de Medicina de Barbacena, Faculdade de Medicina da UNIFENAS BH e o Centro Universitário de Patos de Minas. Além das universidades, há um contrato com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Duas estratégias estão sendo empregadas para monitorar as metodologias empregadas nas atividades educacionais do PEP, o relatório do supervisor de Grupo de Aperfeiçoamento da Prática e o acompanhamento longitudinal pela Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade.

Boxe 26: O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PEP)

Os recursos de investimento para implantação das salas de educação permanente e de custeio para pagamento dos professores e material de consumo são providos integralmente pela SESMG com recursos do tesouro estadual. Não há contrapartida financeira por parte dos municípios, Faculdades de Medicina parceiras ou médicos participantes do programa. O custo aproximado do PEP é de 400 reais/mês/médico, incluindo os investimentos para implantação das salas de educação permanente.

Em síntese, o PEP é uma proposta educacional inovadora. O programa tem potencial de efetividade para mudar a prática e melhorar o desempenho dos médicos de família, organizar os serviços e, em consequência, qualificar o cuidado e contribuir para a melhoria dos índices de saúde das pessoas usuárias.

A metodologia do PEP foi adaptada para um programa pioneiro de educação permanente de enfermeiros pela Secretaria Municipal de Saúde de Pará de Minas.

Fonte: Silvério ⁽¹¹⁰¹⁾; Silvério ⁽¹¹⁰²⁾

Há evidências na literatura internacional sobre os efeitos positivos da educação permanente, na APS, na mudança de comportamento dos profissionais de saúde e em outras dimensões da prática profissional, sobre os resultados sanitários e sobre as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

Um estudo de caso controle feito no Reino Unido mostrou que o treinamento de médicos generalistas e enfermeiros com processos educacionais centrados nos portadores de diabetes de tipo 2 melhorou as habilidades de comunicação, a satisfação das pessoas usuárias e as suas percepções de bem-estar ⁽¹¹⁰³⁾. Uma revisão sistemática concluiu que a educação permanente dos profissionais de saúde, juntamente com uma metodologia de educação em saúde e de autocuidado, reduz o uso dos serviços de saúde e os custos da atenção ⁽¹¹⁰⁴⁾. Um estudo comparou processos educacionais individuais ativos e passivos sobre prescritores de medicamentos na APS e chegaram à conclusão que os processos ativos são mais efetivos em mudar os comportamentos dos profissionais que os processos passivos e que ambos são mais efetivos que nenhuma intervenção educacional ⁽¹¹⁰⁵⁾. Uma pesquisa encontrou que a utilização de farmacêuticos clínicos como educadores de 112 médicos generalistas ingleses reduziu o número de prescrições de antibióticos e o custo da assistência farmacêutica ⁽¹¹⁰⁶⁾. Um estudo concluiu que os médicos estavam mais satisfeitos quando submetidos à aprendizagem baseada em problemas que na educação continuada tradicional ⁽¹¹⁰⁷⁾. Um ensaio clínico randomizado feito com 46 médicos de APS, envolvendo 1.356 portadores de depressão, constatou que, após dois anos de participação dos médicos em processos educacionais, as pessoas usuárias apresentaram menos dia de sintomas depressivos e menos absenteísmo no trabalho ⁽¹¹⁰⁸⁾. Um *survey* com 1.236 médicos americanos verificou que eles não consideravam adequados seus treinamentos para lidar com as condições crônicas, mas os médicos de família se sentiram melhor capacitados que os

clínicos gerais, os pediatras, os cirurgiões e outros especialistas não cirurgiões; 80% dos entrevistados disseram que os treinamentos adicionais tiveram um efeito positivo em suas atitudes em relação à atenção aos portadores de condições crônicas⁽¹¹⁰⁹⁾. Uma revisão da Cochrane sobre a educação centrada nas pessoas constatou que médicos e enfermeiros de APS quando participaram de atividades educacionais com essa metodologia de atenção à saúde aumentaram a satisfação das pessoas usuárias com os cuidados recebidos⁽¹¹¹⁰⁾. Um estudo de dez casos na Europa mostrou que a educação permanente dos profissionais é fundamental para as mudanças que se necessitam fazer na APS para cumprir os objetivos da Organização Mundial da Saúde⁽¹¹¹¹⁾.

Há também evidências sobre os efeitos positivos na mudança de comportamento dos profissionais e nos resultados sanitários da utilização de fatores reforçadores e multidimensionais como os lembretes, os *feedbacks*, as auditorias e os incentivos econômicos e não econômicos quando articulados com programas de educação permanente^(1112, 1113, 1114, 1115, 1116).

A gestão da condição de saúde, além de mudar comportamentos dos profissionais da ESF, deve mudar os comportamentos das pessoas usuárias dos serviços de saúde. Essa mudança de comportamento das pessoas usuárias é, também, realizada por ações educativas, o que convoca a educação em saúde.

As diretrizes clínicas que normatizam o processo de intervenção frente à condição de saúde devem ser apropriadas pelas pessoas usuárias da ESF. Isso exige um processo de mediação de comunicadores e de educadores e um espaço organizacional da educação e comunicação. É o campo da educação em saúde.

As variáveis importantes desse momento são os conteúdos das mensagens, a mídia e o *feedback*. Dessa forma, as diretrizes clínicas devem ser traduzidas em linguagem adequada, pelos comunicadores e pelos educadores, para as pessoas usuárias, e transmitidas através de meios pertinentes para que sejam apropriadas devidamente.

A educação em saúde envolve estratégias como a realização de *surveys* ou grupos focais; a busca dos melhores meios para as mensagens específicas (eletrônico, impresso, falado, visual); e a avaliação por *feedback* da eficácia dos métodos comunicacionais utilizados.

Ademais, há que se ter um processo educacional que permita que as pessoas usuárias da ESF se apropriem das diretrizes clínicas. Valorizar a educação das pessoas usuárias, de forma a que mudem seus comportamentos em relação à condição de saúde e que participem proativamente do plano de cuidados, é um elemento essencial da gestão da condição de saúde e parte de sua função educacional.

A educação em saúde se vale muito das teorias do campo da psicologia aplicadas às mudanças de comportamento que foram discutidas anteriormente na prevenção das condições de saúde em relação aos comportamentos e estilos de vida.

Ter boas diretrizes clínicas é uma condição necessária, mas não suficiente para uma boa gestão da clínica. Dispor de diretrizes clínicas na internet ou impressas, mas não implantá-las através de processos educacionais potentes, para profissionais de saúde e pessoas usuárias, é uma perda de tempo e de recursos.

A PROGRAMAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

A programação da condição de saúde, na ESF, estrutura-se em três momentos: a elaboração da programação, o contrato de gestão e o monitoramento e a avaliação.

A programação

A programação local faz-se em cada equipe da ESF. Dada a função coordenadora que a ESF tem nas RASs, a programação desse nível de atenção merece um cuidado especial porque a maioria das ações de um sistema de atenção à saúde, na perspectiva de uma rede, é programada no nível dos cuidados primários.

A programação da ESF é uma programação de base populacional, o que implica ser feita a partir da população efetivamente cadastrada em cada equipe da ESF. A programação de base populacional não utiliza os parâmetros de oferta, como consultas por habitante por exemplo, mas parâmetros epidemiológicos que são baseados em evidências científicas e que são parte das diretrizes clínicas na forma de uma planilha de programação. Além disso, os parâmetros, para se adequarem ao MACC, são definidos por estratos de riscos.

A ESF é o lugar privilegiado de programação das intervenções em todos os pontos de atenção secundários e terciários e dos sistemas de apoio das RASs. Ali não se programam somente as intervenções da APS, mas as intervenções de atenção secundária e terciária, ambulatoriais e hospitalares, e dos sistemas de apoio como a patologia clínica e a assistência farmacêutica. Por exemplo, sabe-se quem são as gestantes de alto risco vinculadas a uma equipe da ESF e, de acordo com os parâmetros de necessidades, programam-se as consultas especializadas necessárias no centro de referência (atenção secundária) e o número de leitos gerais e de cuidados intensivos na maternidade de alto risco (atenção terciária). Portanto, toda a programação das RASs, em todos os seus níveis de atenção, é realizada na ESF, a partir de necessidades reais de pessoas vinculadas a cada equipe. É assim que se vai construindo uma ESF com capacidade de ser efetivamente uma estratégia de organização do SUS e de coordenação de toda a RAS.

A programação deve ser feita por estratos de riscos, segundo o MPR e de acordo com as planilhas de programação que fazem parte das linhas guia da ESF. Ou seja, não faz sentido programar intervenções únicas para os portadores de hipertensão arterial, mas para cada estrato separado, os de baixo, médio, alto e muito alto riscos. A razão é que as abordagens clínicas diferenciam-se por estratos e as concentrações das ações dos profissionais de saúde variam, também, segundo esses estratos. Assim, as consultas médicas são menos frequentes nos estratos de baixo e médio riscos e mais frequentes nos estratos de alto e muito alto riscos, o que difere, substancialmente, de um parâmetro médio aplicado a todos os portadores de hipertensão arterial.

A experiência mineira do modelo de programação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde é uma proposta sólida de implantação de um planejamento com base populacional e de toda a RAS ⁽²⁸³⁾.

Um exemplo de parâmetros de base populacional para a programação da atenção às pessoas idosas na ESF, proposto pela Secretaria de Saúde de Minas Gerais, é colocado no Boxe 27.

Boxe 27: Parâmetros para a programação da atenção às pessoas idosas na ESF em Minas Gerais

Os parâmetros estão estabelecidos numa planilha de programação que é parte da linha-guia de atenção à saúde do idoso da SESMG.

A atenção à saúde das pessoas idosas tem foco, não nas doenças, mas na capacidade funcional dessas pessoas. O centro da atenção à pessoa idosa é o plano de cuidado que é feito a partir da avaliação multidimensional que é um método para descrever habilidades e atividades e mensurar a forma de realização individual de uma série de ações incluídas no desempenho das tarefas necessárias na vida diária, nos compromissos vocacionais, nas interações sociais, de lazer e outros comportamentos requeridos no cotidiano.

Os sujeitos da programação são todas as pessoas de mais de 60 anos cadastradas pela equipe da ESF. Essas pessoas são estratificadas em risco habitual e em alto risco ou idosos frágeis. A programação é feita por esses estratos, em conformidade com o MPR.

A planilha de programação local é um instrumento que tem por finalidade instrumentalizar a equipe de saúde para o planejamento anual com foco nas pessoas idosas. Esse instrumento consta de três itens: resultado esperado, atividades e parâmetros.

Boxe 27: Parâmetros para a programação da atenção às pessoas idosas na ESF em Minas Gerais

Resultado 1: Acompanhamento dos idosos da área de abrangência da equipe da ESF

ATIVIDADES	PARÂMETROS
Identificar todos os idosos da área de abrangência da equipe da ESF e cadastrar para acompanhamento	100% dos idosos identificados e cadastrados na equipe da ESF
Realizar primeira consulta médica para os idosos e estratificar por grau de risco: risco habitual ou risco alto (idoso frágil)	100% dos idosos realizam a primeira consulta médica e são classificados por grau de risco
Realizar consultas para acompanhamento dos idosos de risco habitual	100% dos idosos de risco habitual realizam: 1 consulta médica por ano e 1 consulta de enfermagem por ano
Realizar consultas para acompanhamento dos idosos de alto risco	100% dos idosos de alto risco realizam: 3 consultas médicas por ano e 3 consultas de enfermagem por ano
Realizar atividades educativas para os idosos	100% dos idosos participam de 4 ações educativas por ano
Garantir imunização para influenza, pneumococo e tétano	100% dos idosos são imunizados
Realizar exames complementares na primeira consulta: hemograma, glicemia de jejum, vitamina B12, ácido fólico, creatinina, TSH, T4 livre, urina rotina, colesterol fracionado, triglicérides, pesquisa de sangue oculto nas fezes, eletrocardiograma e outros	100% dos idosos realizam exames laboratoriais na primeira consulta
Exames anuais em consultas subsequentes: glicemia de jejum, TSH, colesterol fracionado, triglicérides e outros	100% dos idosos realizam exames laboratoriais em consulta anual
Realizar avaliação para identificação de idoso que apresente os gigantes da geriatria ou outros fatores de risco em todas as consultas	100% dos idosos realizam consultas médicas e de enfermagem subsequentes, exames e procedimentos descritos na linha-guia para identificação dos gigantes da geriatria ou outros fatores de risco
Executar planos de cuidados elaborados na ESF ou encaminhados pelo Centro de Referência	100% dos usuários que foram avaliados deverão ser acompanhados de acordo com os planos de cuidados

Resultado 2: Diminuição da hospitalização por condições sensíveis ao atendimento em atenção primária

Diminuição da hospitalização por condições sensíveis ao atendimento em atenção primária	100% dos idosos avaliados devem ser classificados de acordo com o grau de risco e acompanhados na unidade de saúde
---	--

Fonte: Bandeira, Pimenta, Souza ⁽¹¹⁷⁾

A programação local deve ser feita para um período de um ano, pela própria equipe que a irá executar.

Um outro elemento essencial na programação local da ESF é a programação de investimentos, que envolve edifícios e material permanente e equipamentos. Esse será um componente de um Plano Diretor de Investimentos (PDI).

A programação da infraestrutura física deve ser feita por meio de um Plano Municipal de Infraestrutura Física da ESF, inspirado em padrões normativos nacionais ou estaduais, e que apresentem diferentes conformações para unidades com diferentes números de equipe, por exemplo, unidade de uma, duas ou três equipes. A distribuição dessas unidades será feita, de um lado, buscando ganhos de escala e, de outro, garantindo o acesso oportuno das pessoas usuárias a esses equipamentos, o que implica raios ótimos entre as residências e as unidades. Um raio médio adequado é de dois mil metros.

Os materiais permanentes e equipamentos devem, também, inspirar-se em padrões nacionais ou estaduais e variarão conforme o número de equipes de cada unidade.

Os contratos de gestão

Os objetivos e metas fixados na programação local devem ser um dos elementos básicos para a elaboração do contrato de gestão entre a autoridade sanitária (o Secretário Municipal de Saúde) e a unidade prestadora de serviços (a equipe da ESF).

Há evidências, provindas de avaliações rigorosas realizadas em vários países, inclusive no Brasil, de que a introdução de contratos como instrumentos de gestão da condição de saúde contribui para a obtenção de melhores resultados econômicos na APS, alguns deles na ESF ^(197, 266, 283, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124).

Esses contratos devem ser baseados em desempenho, o que significa: estabelecer objetivos claros e os seus indicadores; desenvolver sistema de monitoramento com base na produção e utilização oportuna dos indicadores; e produzir consequências para o contratado, seja em termos de bônus ou de penalidades, conforme o desempenho.

Há várias razões que justificam a introdução dos contratos na ESF: estimulam a descentralização da gestão dando mais responsabilidades aos gerentes locais; permitem um melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo da equipe da ESF; dão maior consequência ao planejamento da ESF ao exigir um maior empenho

em atingir os produtos contratados; incentivam a criação e a utilização cotidiana dos sistemas de informação gerenciais; melhoram a gestão da clínica; permitem uma melhor focalização nas necessidades e nos interesses da população; e tornam a ESF mais transparente e mais permeável ao controle social ⁽¹¹²⁵⁾.

Para que o contrato de gestão dê resultados, algumas condições são importantes: o diálogo entre os principais atores sociais na situação; a definição dos objetivos do contrato e a seleção dos indicadores: não devem ser muito numerosos, em geral menos de uma dezena, e devem medir, balanceadamente, estrutura, processos e resultados; os indicadores devem ser medíveis de forma independente; alguns indicadores devem ser de equidade e qualidade, objetivos frequentemente esquecidos nos contratos; o sistema de pagamento deve estar alinhado com os indicadores de desempenho e deve conter incentivos positivos (bônus) e negativos (sanções) ao contratado; o contratado deve ter a maior autonomia possível para executar o contrato; e o plano de contrato deve definir como o contrato será monitorado e avaliado ⁽¹¹¹⁸⁾.

O contrato de gestão deve ser feito pelo Secretário Municipal de Saúde com cada equipe da ESF, com base na programação anual. Como o contrato de gestão não deve ter muitos indicadores, selecionam-se, do total de indicadores da programação, um subconjunto de indicadores que devem ser balanceados, especialmente, em termos de indicadores de processos e resultados. Esses indicadores devem estar referidos pelas prioridades da SMS, expressas no Plano Municipal de Saúde. Ao longo do tempo, esses indicadores podem variar, em função das prioridades políticas da SMS.

O período de contrato, normalmente, deve ser de um ano.

Ainda que se possa fazer contratos de gestão com incentivos morais, é melhor que o contrato de gestão contenha um sistema de pagamento por desempenho para os profissionais da ESF. Isso significa que a maior parte dos salários corresponde a um valor fixo, mas que haverá uma parte vinculada ao desempenho de cada equipe da ESF, medido pelos indicadores selecionados. Esse valor variável deve ser bem calibrado para ser percebido como um incentivo que estimula o desempenho da equipe da ESF.

Uma experiência bem-sucedida de contrato de gestão na APS é a da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Essa experiência já existe há muitos anos e tem sido avaliada rigorosamente ^(197, 1119, 1120, 1122, 1124). Esse caso é discutido no Boxe 28.

Boxe 28: O contrato de gestão por desempenho na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba: o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços (IDQ)

Os contratos de gestão foram implantados a partir de 2003 em todas as unidades de APS do município.

Os contratos de gestão são compostos por dois instrumentos, o Termo de Compromisso e o Plano Operativo Anual. O Termo de Compromisso é um documento com vigência anual, que é sustentado pelo Plano Operativo Anual que estabelece os indicadores e as metas anuais, presentemente 79 indicadores. As metas são pactuadas conforme as realidades locais de infraestrutura e de recursos humanos.

O IDQ é um programa de pagamento por desempenho que objetiva promover o espírito de equipe e incentivar o alcance de metas prioritárias. O bônus pago aos servidores varia entre 20% e 50% do salário e depende de certas circunstâncias locais, definidas em Decreto Municipal. O bônus é pago mensalmente a cada servidor.

Os indicadores de desempenho estão focados na qualidade dos serviços e na satisfação das pessoas usuárias.

A avaliação do IDQ baseia-se em quatro elementos: a avaliação dos servidores pelos supervisores, a autoavaliação, a avaliação da equipe e a avaliação comunitária da unidade feita pelo Conselho Local de Saúde.

A folha de avaliação é a mesma para a avaliação dos supervisores e para a autoavaliação e engloba vários fatores: conhecimento e competência, postura profissional, relações interpessoais, assiduidade e pontualidade e qualidade do trabalho. Esses fatores são desdobrados em pontos que têm pesos diferenciados.

A avaliação das equipes é feita por um conjunto de indicadores, selecionados entre os 79 indicadores do Plano Operativo Anual. Esses indicadores são os mesmos para todas as equipes, mas as metas são negociadas em função das diferentes realidades das equipes no município. Os indicadores são definidos em cinco áreas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde bucal e epidemiologia. Em 2010, havia 14 indicadores subdivididos por essas cinco áreas. Os pesos de cada indicador variam, chegando a um escore total de 100.

A avaliação comunitária é feita pelo Conselho Local de Saúde que existe em cada área de abrangência das unidades de APS.

O escore final é composto e definido por pesos distintos: avaliação dos servidores pelos supervisores: 45%; autoavaliação: 5%; avaliação das equipes 35%; avaliação comunitária: 15%.

O bônus é pago a todos os servidores que alcançarem um escore igual ou superior a 80 pontos.

O percentual dos servidores que recebem o bônus é alto, em torno de 95%. Dos 5% que não recebem os bônus, uma parte é devida a fatores excludentes, mas apenas 1,5%, em média, não recebem por deficiência de desempenho. Isso poderia indicar que o sistema teria perdido sua função de incentivar o desempenho. Contudo, as pesquisas avaliativas mostraram que IDQ não perdeu, ao longo dos anos, sua força em incentivar o desempenho. A maior parte dos servidores considera que o IDQ influencia positivamente sua prática. Da mesma forma, os gestores consideram que o IDQ é a tecnologia de gestão mais relevante para uso local e para gestão por resultados (9,76 pontos em 10).

Fontes: World Bank ⁽²⁶⁶⁾; Marty ⁽¹⁹⁷⁾; Faria ⁽¹¹¹⁹⁾; Shepher ⁽¹¹²⁰⁾; Marty ⁽¹¹²⁴⁾;

O monitoramento e avaliação

A programação e o contrato de gestão devem ser monitorados e avaliados, por meio de um sistema de monitoramento e avaliação.

O sistema de monitoramento consiste no trabalho de seguimento constante dos objetivos e metas predefinidos na programação e acolhidos no contrato de gestão, com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços.

O monitoramento constitui uma atividade contínua e periódica, isto é, feita em intervalos de tempo regulares, definidos no plano de contrato em função da natureza de cada indicador. A avaliação, diferente do monitoramento, é uma atividade que se caracteriza por ser uma intervenção episódica que convoca, em geral, uma pesquisa avaliativa.

Os resultados, efetivamente alcançados e demonstrados pelo sistema de monitoramento e avaliação, devem servir para reajustar o processo de gestão da condição de saúde da seguinte forma: os resultados se transformam em base de conhecimentos; os objetivos podem ser reajustados à luz do que efetivamente se pode alcançar; as diretrizes clínicas podem ser revistas; e as estratégias educacionais e comunicacionais podem ser ajustadas.

AS EVIDÊNCIAS SOBRE A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Como a proposta de gestão da condição de saúde é uma releitura da tecnologia utilizada internacionalmente de gerenciamento de doença, as evidências foram demonstradas em relação a cada um dos componentes principais. Contudo, na literatura internacional é possível identificar evidências da aplicação global do gerenciamento de doença na APS. Há evidências sobre os efeitos positivos da aplicação da tecnologia de gerenciamento de doença, na APS, em condições crônicas, melhorando os resultados sanitários e econômicos ^(1004, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130).

A GESTÃO DE CASO

O CONCEITO

A gestão de caso (*case management*) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade,

humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.

A gestão de caso cumpre vários objetivos: advogar as necessidades e as expectativas de pessoas usuárias em situação especial; prover o serviço certo à pessoa certa; aumentar a qualidade do cuidado; e diminuir a fragmentação da atenção à saúde.

O papel principal de um gestor de caso é exercitar a advocacia da pessoa portadora de uma condição crônica muito complexa, de sua família e de sua rede de suporte social. Esse papel de advocacia implica, em relação à pessoa e sua família: defender seus interesses; empoderá-las para o autocuidado e para a autonomia e a independência; facilitar a comunicação com os prestadores de serviços; e coordenar o cuidado em toda a RAS ⁽¹¹³¹⁾.

A gestão de caso deriva, em grande parte, da Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde que é sustentada por abundante evidência empírica. O trabalho original foi o clássico experimento da Rand Corporation que verificou que 1% dos americanos gastava 28% dos recursos totais do sistema de atenção à saúde ⁽¹¹³²⁾. Num trabalho posterior, realizado também nos Estados Unidos, chegou aos seguintes dados: 1% da população gastou 30% dos recursos totais do sistema de atenção à saúde; 2% da população gastaram 41%; 5% da população gastaram 58%; 20% da população gastaram 72%; 30% da população gastaram 91%. Por outro lado, 50% da população gastaram, apenas, 3%; e 25% da população nada gastaram no ano ⁽³⁸³⁾. Pesquisa realizada na Unimed de Minas Gerais mostrou que 10% de seus clientes concentraram 65,7% dos gastos totais dessa operadora de planos de saúde em 2006 ⁽¹¹³³⁾.

Com base nos trabalhos pioneiros, Roos, Shapiro e Tate ⁽¹¹³⁴⁾ formularam a Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde, da seguinte forma: "*Uma pequena minoria de portadores de condições de saúde muito complexas é responsável por uma grande maioria dos gastos de atenção à saúde. Esse padrão tem sido encontrado em todos os grupos de idade e tem se mostrado consistente ao longo do tempo*".

Essa lei diz que os doentes mais graves e mais custosos são poucos na população geral. Mais importante, essas pessoas são as que mais sofrem. Por consequência, uma atenção especial e singular deve ser dada a esses portadores de condições de saúde muito complexas, não só por problemas de custos, mas, sobretudo, por razões sanitárias e humanitárias. Os portadores de condições crônicas muito complexas, elegíveis para a gestão de caso, podem variar de 1% a 3% ⁽¹¹³¹⁾ ou de 1% a 5% ⁽²⁸⁶⁾.

A gestão de caso, corresponde, no MACC, como se vê na Figura 12, ao nível 5 das intervenções sanitárias, destinadas aos portadores de condições de saúde muito complexas. Corresponde, ademais, ao nível 3 do MPR.

A gestão de caso é conduzida por um gestor de caso que, normalmente, é um enfermeiro ou um assistente social. Esse é o formato mais comum da proposta denominada de *hands-off* em que o gestor de caso exercita a coordenação da atenção, cuida da mobilização dos recursos e monitora os resultados, sem se envolver diretamente, na prestação de serviços. Em algumas circunstâncias, a gestão de caso pode ser feita por uma pequena equipe multiprofissional, num formato *hands-on* em que os gestores de caso, além das funções de coordenação, mobilização de recursos e monitoramento, executam, diretamente, alguns procedimentos ⁽¹¹³¹⁾.

Um bom gestor de caso deve conhecer a natureza dos serviços providos em toda a rede assistencial, ser bom negociador e ser hábil na comunicação.

O gestor de caso se responsabiliza por uma pessoa durante toda a duração da condição crônica de saúde e faz julgamentos sobre a necessidade da atenção à saúde e a propriedade dos serviços ofertados e recebidos. Esse gestor de caso tem a incumbência de coordenar a atenção, utilizando-se de todos os serviços e de todas as instituições que compõem uma RAS, de determinar o nível adequado da prestação dos serviços e de verificar se o plano de cuidado está sendo bem prescrito e cumprido. Isso faz da ESF um lugar privilegiado para a gestão de caso.

Uma forma singular de gestão de caso é a gestão de casos catastróficos, em que se monitoram pessoas portadoras de condições de saúde que representam alto risco sanitário, econômico e social, como HIV/Aids, certos nascimentos prematuros, transplantes, terapia renal substitutiva, lesões medulares etc.

OS OBJETIVOS DA GESTÃO DE CASO

A gestão de caso persegue vários objetivos: advogar as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias; aumentar a satisfação das pessoas usuárias e de suas famílias; estimular a adesão aos cuidados prescritos nas diretrizes clínicas; ajustar as necessidades de saúde aos serviços providos; assegurar a continuidade do cuidado na RAS; reduzir os efeitos adversos das intervenções médicas; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, as pessoas usuárias dos serviços e suas famílias; melhorar a comunicação e a colaboração na equipe de profissionais de saúde; reduzir, sem prejuízo da qualidade, a permanência nas unidades de saúde; minimizar os problemas nos pontos de transição do cuidado; incrementar a qualidade de vida das pessoas usuárias; incrementar a autonomia e independência das pessoas; estimular o

autocuidado; monitorar os planos de tratamento, a reabilitação e as ações paliativas; assistir às pessoas usuárias e às suas famílias para acessar o ponto de atenção à saúde adequado; avaliar as altas de serviços; e prevenir as internações sociais.

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DE CASO

O processo da gestão de caso envolve várias etapas ^(1135, 1136): a seleção do caso, a identificação do problema, a elaboração e a implementação do plano de cuidado e o monitoramento do plano de cuidado.

A seleção do caso

A primeira etapa consiste em selecionar as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde que devem ser acompanhadas pela gestão de caso.

As pessoas que necessitam da gestão de caso, em geral, são aquelas que apresentam condições crônicas muito complexas, como as portadoras de co-morbidades; aquelas que utilizam polifarmácia; aquelas que apresentam problemas de alta dos serviços; aquelas que apresentam baixa adesão às intervenções prescritas; aquelas que são atingidas por danos catastróficos; aquelas que são desprovidas de condições para o autocuidado; aquelas que são alvo de eventos-sentinela; aquelas que apresentam graves problemas familiares ou econômico-sociais; e aquelas que são desprovidas de redes de suporte social. Algumas indicações adicionais podem ser feitas: as pessoas que vivem só; os idosos frágeis; as pessoas com readmissões hospitalares sucessivas; as pessoas portadoras de distúrbios mentais graves; as pessoas que apresentam evidências de algum tipo de abuso; os moradores de rua; e as pessoas em estágio de pobreza extrema.

Os critérios de elegibilidade devem ser definidos em função das variáveis: diagnóstico, tipo de tratamento, quantidade de internações domiciliares, custo, local de tratamento e padrões de cuidados ⁽¹¹³¹⁾. Ao que se deve adicionar a rede de suporte social e a situação socioeconômica.

As diretrizes clínicas devem fornecer os elementos fundamentais para a seleção das condições de saúde elegíveis para a gestão de caso.

O Boxe 29 ilustra a seleção de pessoas idosas num centro de saúde inglês.

Boxe 29: A seleção de pessoas idosas para a gestão de caso no Centro de Saúde Castlefields, em Rucorn, Reino Unido

Nesse centro de saúde, um enfermeiro, trabalhando em conjunto com um assistente social, considera as pessoas idosas de mais de 65 anos elegíveis para a gestão de caso se eles se enquadrarem em três ou mais dos seguintes critérios: presença de quatro ou mais condições crônicas; presença de seis ou mais medicamentos prescritos por seis meses ou mais; duas ou mais internações hospitalares nos últimos doze meses; dois ou mais atendimentos de urgências nos últimos doze meses; dois ou mais atendimentos em ambulatórios nos últimos doze meses; as pessoas idosas que estão entre os 3% mais frequentes usuários dos serviços de saúde; pessoas que tiveram internação de mais de quatro semanas nos últimos doze meses; pessoas que tiveram mais de quatro visitas pelos assistentes sociais nos últimos três meses; e pessoas que os custos de medicamentos excedem a 100 libras por mês.

A introdução da gestão de caso, para pessoas idosas, nesse centro de saúde, permitiu reduzir as internações hospitalares entre 7,5% a 16,6% e com a aplicação de 173 mil libras em sua implantação permitiu economizar 1,15 milhões de libras por ano.

Fonte: Department of Health ⁽²⁸⁴⁾

A identificação do problema

A seleção do caso é seguida da identificação do problema. Para tal, é necessário recolher o máximo de informações sobre a pessoa que será o sujeito da gestão de caso. Esse momento começa com entrevistas com a pessoa; se ela está incapacitada de comunicar-se, fontes secundárias são utilizadas, especialmente o sistema de suporte social: companheiro ou companheira, outros membros da família, cuidadores, amigos, vizinhos, membros de igrejas e movimentos sociais.

Uma avaliação fundamental é a da capacidade para o autocuidado.

É importante consultar a história de saúde, o que incluirá entrevistas com a equipe da ESF e com outros profissionais envolvidos na atenção, o exame dos prontuários clínicos, entrevistas com os responsáveis pela atenção domiciliar e com os cuidadores. São importantes a verificação das condições odontológicas, de visão, de audição, da saúde ocupacional, da saúde mental, da capacidade funcional e, muito importante, da capacidade para o autocuidado.

As condições de vida, especialmente aquelas ligadas ao meio ambiente familiar, devem ser levantadas. São importantes as informações domiciliares relativas à presença de escadas, de telefone, de equipamentos de utilidade doméstica, de sanitários, de equipamentos de lazer e de necessidades de equipamentos médicos complementares.

Uma ficha de identificação do problema deverá conter: nome, idade, grupo étnico, endereço, estado civil, tipo de emprego, situação socioeconômica, nível educacional, grupo cultural e orientação religiosa; toda a história médica da pessoa; a presença de fatores complicadores, de cronicidade e co-morbidade; a história pessoal de não adesão aos tratamentos e de atitudes não colaborativas; as medicações tomadas e que estão sendo utilizadas; a história familiar em relação a doenças crônicas; as alergias; a avaliação nutricional; a avaliação dermatológica; o histórico de uso das unidades de saúde pela pessoa; e o uso de práticas médicas complementares e integrativas.

A elaboração e a implementação do plano de cuidado

Se o momento da identificação do problema permite decidir aonde chegar, a elaboração e a implementação do plano de cuidado definem a melhor maneira de alcançar os objetivos propostos pela gestão de caso. Assim, nessa etapa, exige-se muita criatividade porque há, sempre, várias maneiras alternativas de se chegar aos objetivos traçados.

Por isso, na elaboração do plano de cuidado, o gestor de caso deverá decidir sobre: o que necessita ser feito; como fazê-lo; quem proverá os serviços necessários; quando os objetivos serão alcançados; e onde o cuidado será prestado. É fundamental a participação, na elaboração do plano de cuidado, da pessoa usuária e de sua família. Ou seja, o plano de cuidado é um ato solidário do gestor de caso, da pessoa usuária e de sua família e da equipe da ESF. Em alguns casos o plano exigirá a presença de outros atores como o cuidador, a igreja, membro de movimento social ou outros.

Começa-se com o estabelecimento dos objetivos da gestão de caso. A maioria dos objetivos está composta por metas menores ou atividades que devem ser alcançadas, para que se cumpram os objetivos maiores. Assim, o objetivo maior de uma pessoa idosa que recebeu uma prótese de quadris, de andar metros com independência, envolve metas intermediárias como realizar a cirurgia, retirar todos os equipamentos de suporte vital, estabilizar os exames de sangue, utilizar uma cadeira de rodas etc.

O objetivo terminal de uma gestão de caso é a qualidade da atenção à saúde e o uso eficiente dos recursos, de modo a dar o máximo possível de autonomia e independência às pessoas. Para tal, é necessário priorizar as necessidades e os objetivos e, isso, pode gerar conflitos entre as propostas do gestor de caso e as expectativas da pessoa ou de sua família.

Priorizadas as necessidades e os objetivos há que se detalhar as intervenções previstas no plano de cuidado, o que vai envolver o conhecimento profundo da RAS, com as especificidades de cada ponto de atenção e dos sistemas de apoio. É,

aqui, no momento da implementação, que o gestor de caso exercita sua função de coordenação da atenção à saúde, procurando garantir a prestação da atenção certa, no lugar certo, com a qualidade certa e com o custo certo e de forma humanizada. A consulta permanente às linhas-guia e aos protocolos clínicos é fundamental para o trabalho consequente do gestor de caso. É essencial conhecer todos os recursos da comunidade que possam ajudar a implementar o plano de cuidado.

A implementação é o momento de pôr o plano de cuidado em execução. Por exemplo, no dia de uma alta hospitalar o gestor de caso deve: monitorar a estabilidade da pessoa; dar instruções para a alta hospitalar; dar as instruções relativas a todos os cuidados domiciliares; obter a concordância da pessoa ou de seus familiares com a alta; preparar a lista de telefones de profissionais de referência; providenciar o transporte até a residência; e verificar as condições domiciliares de recepção e acomodação da pessoa.

O monitoramento do plano de cuidado

O plano de cuidado deve ser monitorado constantemente para verificar se seus objetivos estão sendo cumpridos e para determinar reajustes das intervenções prescritas. O monitoramento pode ser presencial, por telefone ou correio eletrônico.

O monitoramento deve se fazer, ademais, para verificar se as necessidades da pessoa e de sua família foram satisfeitas. Uma gestão de caso bem-sucedida implica alcançar essas necessidades em vários campos: criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade a todas as questões; garantir o cuidado humano e de qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; estar presente, frequentemente, com a pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito para a pessoa; falar frequentemente com os profissionais que prestam o cuidado; estar presente na residência da pessoa quando necessário; instruir sobre os cuidados a serem providos; e saber abordar a possibilidade da morte.

AS EVIDÊNCIAS SOBRE A GESTÃO DE CASO

Resultados positivos da gestão de caso já são reconhecidos: evita problemas potenciais, com a adoção de medidas preventivas; evita os casos de urgência por agudização da condição crônica; diminui as hospitalizações desnecessárias; evita as internações sociais; provê um contato duradouro e humano com as pessoas; e monitora as intervenções médicas, reduzindo os eventos adversos.

Evidências de boa qualidade mostram que a gestão de caso apresenta resultados sanitários e econômicos positivos quando utilizada na APS ^(352, 891, 1126, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143)

A GESTÃO DE CASO NO BRASIL

No Brasil, a introdução da gestão de caso tem sido feita, principalmente, por operadoras de planos privados de saúde ^(1144, 1145). Como, em geral, o sistema de saúde suplementar opera sem APS, a gestão de caso não é realizada nesse nível de atenção à saúde. Além disso, o foco da gestão de caso das operadoras privadas é na redução de custos e não na qualidade da atenção à saúde, racionalizando a atenção prestada àquela minoria que pressiona fortemente os gastos dessas operadoras.

Apesar de todas as evidências coletadas internacionalmente sobre os benefícios da gestão de caso na APS, essa tecnologia de gestão da clínica não é utilizada, significativamente, na ESF.

Essa é uma das maiores questões que se coloca para a adequação da ESF para responder ao desafio das condições crônicas ⁽¹¹⁴⁶⁾. As pessoas que mais sofrem e que implicam maiores gastos, sem a gestão de caso, não terão uma abordagem humanizada e eficiente. A grande limitação de profissionais de nível superior nas equipes de ESF é um fator limitante e que deve ser superada pela introdução de novos profissionais. Especialmente, o assistente social na equipe da ESF tem um papel relevante como gestor de caso daquelas pessoas elegíveis para a tecnologia e que, além de apresentarem grave situação de saúde, convivem com problemas sociais expressivos que influem na sua saúde e na capacidade de autocuidado.

O Boxe 30 relata uma experiência de gestão de caso feita por assistente social na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Minas Gerais.

Boxe 30: A gestão de caso na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia

O município de Uberlândia, em 2007, deu início ao Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), um projeto da SESMG, que tem como objetivo fortalecer a APS para que cumpra as funções de responsabilização e resolução dos problemas de saúde da população e de coordenação das RASs.

Um dos resultados pactuados, no PDAPS, foi a redução da mortalidade infantil no município, que estabeleceu como meta a diminuição do coeficiente de mortalidade infantil de 13,3 por mil nascidos vivos, em 2009, para um dígito até 2012.

Para alcançar essa meta, a SMS organizou a Rede Mãe Uberlândia que desenvolve ações de promoção, prevenção e assistência às mulheres e às crianças menores de um ano. Para a gestão dessa RAS adotou tecnologias de gestão da clínica: a linha-guia que estabelece a estratificação da população-alvo por grau de risco e a gestão da condição de saúde que define as intervenções necessárias de acordo com o risco estratificado. Para a operacionalização dessas tecnologias foram realizadas ações para qualificação das equipes da APS.

Boxe 30: A gestão de caso na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia

A partir da implantação dessas ações, constatou-se a redução da mortalidade infantil, para 11,3 para mil nascidos vivos, em 2010. A análise das causas da mortalidade, pelo Comitê de Mortalidade Materno e Infantil do município, evidenciou que fatores socioeconômicos, demográficos e culturais contribuíam significativamente para a mortalidade infantil, suscitando a necessidade da maior integração da equipe multiprofissional e da inserção do assistente social na APS.

Em 2011, implementou-se mais uma das tecnologias de gestão da clínica, a gestão de caso, tendo como foco a intensificação das ações para o acompanhamento de gestantes e crianças de muito alto risco, pelas equipes da APS, em que os assistentes sociais assumiram a coordenação das ações que constam nos planos de cuidados.

O plano de cuidado é elaborado com a gestante de muito alto risco ou com o responsável pela criança de muito alto risco e a equipe da APS. Para isso, são feitas entrevistas individuais e com os familiares, além de visitas domiciliares.

O assistente social participa junto com a equipe multidisciplinar na elaboração do plano de cuidado, na avaliação, discussão de casos, análise da situação, fornecendo subsídios sociais e dados que possam contribuir para o diagnóstico e para o acompanhamento dos casos.

Um conjunto de iniciativas são propostas prevendo a compreensão, aceitação e adesão da gestante de muito alto risco e do responsável pela criança de muito alto risco, ao plano de cuidado. As avaliações, previstas no plano de cuidado, são constantes e permitem, se necessário, a busca de novas alternativas, enriquecendo as ações e melhorando a adesão ao plano.

No período de maio de 2011 a fevereiro de 2012, do total de 4.707 gestantes, 4000 (85%) foram estratificadas em risco habitual e 707 gestantes de alto risco (15%). No grupo de gestantes alto risco foram identificados 120 casos de muito alto risco, que foram inseridos na gestão de caso. Nesses casos, 13 mulheres tiveram os bebês em boas condições e estão em acompanhamento pela equipe da APS e os demais 107 casos permanecem em gestão de caso. Do total de casos acompanhados, três resultaram em óbitos infantis, dos quais um foi considerado inevitável e dois evitáveis, e nenhuma morte materna. Os dados preliminares da mortalidade infantil em 2011, mostraram um coeficiente de 10,54 mortes infantis em 1000 nascidos vivos.

Ainda não se dispõem de condições para analisar o impacto da gestão de caso na redução da mortalidade materna e infantil, mas há a constatação da motivação e do maior comprometimento das equipes da APS e da receptividade das mulheres e familiares aos planos de cuidados.

A motivação das equipes em relação a essa tecnologia pode ser constatada pela mobilização para a sua utilização em outras condições crônicas, tais como o acompanhamento dos idosos frágeis, dos adolescentes em situação de grande vulnerabilidade e dos portadores de transtorno mental muito grave.

A gestão de caso tem contribuído para o melhor manejo das pessoas em condições crônicas complexas, possibilitando uma atenção personalizada, segura e de qualidade.

Fonte: Lima, Araujo, Souza, Lima, Shimazaki⁽¹¹⁴⁷⁾

CAPÍTULO 8 – A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A MUDANÇA CULTURAL

O imperativo da mudança é inegável e decorre do fato de o mundo em que se vive estar em permanente mutação. Diante desse imperativo há três opções: ignorar a mudança mantendo-se na zona de conforto; lutar contra a mudança; e aceitar a mudança e aderir a ela.

O MACC é um modelo de grande complexidade que traz muitas inovações nos cuidados primários à saúde. Por isso, a sua implantação envolve mudanças culturais profundas na ESF.

A cultura significa as atitudes, os valores e os comportamentos que caracterizam singularmente uma dada organização. De certa forma, a cultura organizacional responde à questão: o que é realmente importante aqui? A resposta a essa pergunta permite uma compreensão melhor de como as coisas funcionam, ou não, numa organização e de como reforçar certas atitudes e comportamentos para a consecução das mudanças desejadas ⁽¹¹⁴⁸⁾.

No ambiente de uma organização de saúde convivem diferentes culturas, ou seja, há subculturas dentro de uma cultura. Por exemplo, os médicos estão concentrados nos diagnósticos e tratamentos, os enfermeiros no cuidado das pessoas usuárias, o gestor na ordem burocrática, os assistentes sociais na proteção social etc. Dentro das subculturas há modos tácitos, estabelecidos e aceitos, de condutas e práticas que criam um ambiente seguro e familiar que promove o *status quo* e a noção de afiliação grupal. Um sentido de pertencimento a um grupo social é inerente à necessidade humana e se nutre por meio de complexos processos sociais e culturais em que o principal veículo é o uso do ritual. O ritual é uma forma de ação simbólica que serve para comunicar informação sobre os valores e os padrões culturais. Em momentos de mudança os rituais que deram segurança já não são adequados e surgem a ameaça e a insegurança. Numa unidade da ESF poderia se fazer um exercício por meio de perguntas aos seus membros: Quantas culturas diferentes há na unidade?

Quais são os valores pessoais e profissionais? Como os membros da equipe reagem a uma proposta de um novo modelo de atenção às condições crônicas? Isso é importante porque um dos maiores desafios de um processo de mudança cultural é o desenvolvimento do respeito e do entendimento mútuo na equipe. Esse processo requer que se invista tempo e energia para desenvolver uma comunicação sólida e para conhecer o que pensam e que papéis desempenham na atenção à saúde os diferentes membros da equipe ⁽¹¹⁴⁹⁾.

As culturas estabelecidas resistem às ameaças do novo até que chegue um momento em que compreendem que a mudança é imperativa. A chave está em entender que o que uma vez foi novo se tornou tradicional e precisa ser renovado.

Há evidências de que a cultura organizacional não se automelhora de forma natural, mas que é aberta a mudanças deliberadas, bem planejadas e realizadas com liderança adequada. Handy, na sua teoria da correção cultural, diz que o importante é dispor da cultura correta, no lugar adequado e com o propósito oportuno ⁽¹¹⁵⁰⁾.

A implantação do MACC na ESF vai exigir mudanças deliberadas, bem definidas no modelo, e forte liderança para responder aos desafios do cuidado das condições crônicas. Mas isso coloca outra questão fundamental: como mudar a cultura organizacional?

Uma ferramenta interessante é a equação da mudança de Beckhard que diz que uma mudança só ocorre quando: $A+B+C>D$, sendo: A: a insatisfação com a situação atual; B: a visão de futuro; C: a clareza a respeito dos passos a serem adotados para a mudança; e D: as resistências naturais à mudança na organização ⁽¹¹⁵¹⁾.

Os líderes da mudança devem trabalhar de forma constante e simultânea em A, B e C para superar as resistências existentes. Isso significará na implantação do MACC: destacar os problemas e as características da ESF atual que limitam ou dificultam os cuidados com as condições crônicas (A); debater, identificar e propor uma cultura organizacional que se mostre efetiva para responder às condições crônicas das pessoas usuárias da ESF e que permita construir uma visão comum, de aceitação ampla, que permita fazer avanços (B); e trabalhar com todos os atores implicados no desenho e na implementação do MACC para dar os passos necessários, para consolidar os avanços e para conseguir, definitivamente, a transformação cultural ⁽¹¹⁴⁸⁾.

A essência da mudança cultural é construir capacidade para diagnosticar a situação presente, a fim de propor um futuro melhor, o MACC. Algumas ferramentas podem ser úteis para conscientizar a insatisfação com o *status quo* (A) e para difundir a visão

de futuro (B). Dentre elas mencionam-se as tipologias de culturas organizacionais, como a dos deuses da gestão ⁽¹¹⁵¹⁾ e a tipologia de Harrison ⁽¹¹⁵²⁾.

A análise das tipologias de mudanças culturais atuam sobre os componentes A e B da equação de Beckhard, mas não são suficientes para superar as resistências naturais à mudança, se não estão claros os passos a serem dados para a implantação do MACC. Nesse aspecto, é fundamental a construção de reforços positivos para a mudança que, partindo da liderança, lance uma mensagem clara de compromisso com a mudança e de que é isso o que realmente importa.

Duas dimensões são fundamentais para a mudança cultural: as mudanças nas pessoas e os aspectos sistêmicos ⁽¹¹⁴⁸⁾. As mudanças nas pessoas envolvem: processos de seleção, de integração, de gestão de competências, de incentivos e de gestão de desempenho alinhados com a missão. Nos aspectos sistêmicos importam os sistemas de informação e comunicação e os programas de qualidade.

A liderança é essencial na mudança da cultura organizacional. Kouzes e Posner ⁽¹¹⁵³⁾ identificaram cinco comportamentos-chave do líderes na gestão da mudança: criar uma visão compartilhada do futuro (item A da equação); desafiar a situação atual, assumindo os riscos de experimentar e inovar (item B da equação); modelar o caminho colocando-se como modelos de referência dos valores que promovem e tendo clareza sobre os passos a serem dados para atingir a visão (item C da equação); facilitar a ação da equipe e criar capacidades para o desenvolvimento de um projeto comum; e reconhecer os esforços de toda a equipe, estimulando-a a avançar e a celebrar os êxitos.

Uma liderança de mudança cultural deve ser capaz de conseguir uma resposta sincrônica e unívoca, das pessoas da organização, à pergunta "Que é o que realmente importa aqui?" ⁽¹¹⁴⁸⁾.

Uma pergunta-chave para a mudança cultural é: Por que mudar a cultura da organização? Essa pergunta pode ser seguida de outra: É possível planejar essa mudança? se for, cabe outra pergunta: Que tipo de mudança se fará e com que finalidade?

Algumas perguntas, dirigidas a uma equipe, ajudam a iniciar um processo de mudança na ESF: Como descrevem a cultura atual da ESF? Como essa situação atual pode ser afetada pela implantação do MACC? É necessário mudar a cultura prevalente? Se for, que mudanças deveriam ser feitas? ⁽¹¹⁵⁴⁾.

Uma cultura não existe no vazio, é uma entidade viva, estabelecida num contexto determinado e enraizada em pessoas. Uma equipe da ESF apresenta diferentes valo-

res, mitos, rituais e experiências passadas que devem ser reconhecidas e aceitas. Por isso, é importante, nos processos de mudança, respeitar o passado, viver o presente e trabalhar o futuro ⁽¹¹⁵⁵⁾.

A cultura organizacional deve estar atrelada à estratégia de mudança que oferece o contexto e a direção do trabalho. Bates ⁽¹¹⁵⁶⁾ propõe quatro tipos de estratégias de mudança: conformista, perpetua ou adapta a situação existente; deformadora, mina a situação existente; reformadora, busca eliminar a situação existente; e transformadora, passa da situação existente para outra situação. Essas estratégias podem ser utilizadas isoladamente ou combinadas num processo de mudança cultural ⁽¹¹⁵⁴⁾.

Há diferentes modelos de mudança como o modelo da transição, o modelo da mudança do desenvolvimento, o modelo da mudança transformacional e o modelo dos sistemas adaptativos complexos ⁽¹¹⁶⁰⁾. O modelo da transição faz-se por etapas: a compreensão da necessidade da mudança, o descongelamento; a transição que move os atores para um estado de planejamento; e a institucionalização do novo, o congelamento. O modelo da mudança do desenvolvimento em que há o surgimento de um potencial de mudança que pode ser processado ou planejado. O modelo da mudança transformacional implica um passo desde a situação atual a algo totalmente novo em termos de estrutura, processos, cultura e estratégia e faz-se em fases: nascimento, crescimento, instabilidade estável, caos, morte e emergência. O modelo dos sistemas adaptativos complexos consiste em redes de atores que interatuam e em sistemas interconectados que apresentam como características a interdependência e a independência.

A estratégia e os valores constituem as principais alavancas que sustentam um processo de mudança cultural e, por essa razão, devem se complementar ⁽¹¹⁵⁷⁾.

Uma pergunta se segue: Se há que mudar, como fazê-lo? A resposta coloca a questão dos diferentes enfoques de mudança: o agressivo, poder coercitivo, centrado no conflito, impositivo, unilateral e com vencedores e vencidos; o conciliador, solução em grupo, atitude colaborativa e integrativa em que todos ganham; o corrosivo, político, busca coalisões, não planejado, informal e incrementalista; o doutrinador, normativo, reeducador, dirigido à formação ⁽¹¹⁵⁶⁾. Esses enfoques podem ser utilizados isoladamente ou combinados. Para muitos, a combinação desses enfoques está presente nas organizações que aprendem, conjuntos de indivíduos que aprimoram, seguidamente, sua capacidade criativa para desenvolver novas habilidades que levam a novas percepções que revolucionam crenças e opiniões. Uma organização que aprende deve operar num ambiente sem culpabilização, transparente, com boa comunicação entre seus membros, e com uma filosofia centrada nas pessoas, sejam

os membros da equipe, sejam, especialmente, as pessoas usuárias dos serviços de saúde ⁽¹¹⁵⁸⁾.

O processo de mudança implica a instituição de uma tensão criativa entre a situação atual em que se está e para aonde se quer ir, a visão. A liderança mediante a tensão criativa é diferente do estilo de liderança por meio da resolução de problemas. Na resolução de problema a energia para a mudança provém da intenção de modificar um aspecto da realidade atual que é indesejável. Na tensão criativa, a energia para a mudança vem da força da visão do futuro, o que se quer criar justaposto com a realidade atual ⁽¹¹⁵⁵⁾.

A liderança é um dos elementos mais importantes para conseguir a mudança numa organização. A liderança estabelece a visão, dá a direção e influi no crescimento do pessoal de maneira que possa aprender a aprender, a criar, a inovar e a assumir riscos para melhorar. Uma boa liderança baseia-se no que ela faz, mais do que no que fala; trata as pessoas como adultas e responsáveis; celebra e compartilha os êxitos; e considera os erros como oportunidades de aprendizado. A liderança é uma função de dupla direção e transformadora ⁽¹¹⁴⁹⁾.

A liderança para a mudança organizacional deve exercer um conjunto de funções: a de desenhista significa antecipar a visão e os valores e compreender como a pessoas desejam ser; a de maestro sugere estimular a equipe, incluindo-se, nela, desenvolver uma visão mais profunda da realidade atual; e a de gestor. Uma liderança desse tipo pode suscitar algumas questões que podem ser colocadas para a equipe da ESF: Onde estamos agora em relação aos cuidados das condições crônicas? Onde deveríamos estar? Como poderemos chegar ao MACC? ⁽¹¹⁵⁴⁾.

Nenhuma mudança cultural ocorrerá se não houver um trabalho em equipe. Aqui valem as considerações feitas anteriormente sobre o trabalho de equipes multiprofissionais na ESF.

Há evidências de que o melhor lugar para se produzir a mudança cultural é no nível local. Essa afirmativa se fundamenta na crença de que as pessoas e os grupos – como, por exemplo, as equipes da ESF –, são, de fato, os agentes reais da mudança porque conhecem as necessidades das pessoas usuárias, entendem o contexto em que atuam e, portanto, possuem uma riqueza de entendimento que se requer para a mudança e para saber como fazê-la ⁽¹¹⁶¹⁾. Uma pesquisa feita em 86 centros de saúde do NHS, no Reino Unido, mostrou que os programas de gestão da clínica foram mais eficazes quando aplicados no nível local, com base em projetos ⁽¹¹⁶²⁾.

A implantação do MACC na ESF é uma mudança cultural que se dará num microcosmo social, mas em organizações complexas. Para concretizá-la é necessário geri-la por meio de uma eficaz gestão de mudança porque a intensa função homeostática dentro das organizações de saúde tendem a mantê-las estáveis e a conservar o *status quo* ⁽¹¹⁵⁴⁾.

A gestão de mudança são processos, ferramentas e técnicas para gerenciar os vários aspectos desenvolvidos em um processo de mudança a fim de que os resultados positivos previstos sejam atingidos e da forma mais eficaz possível. O objetivo da gestão de mudança é ter uma abordagem equilibrada dos aspectos técnicos e organizacionais visando a minimizar as possíveis resistências e a obter uma transformação mais eficaz, completa e em menor tempo ⁽¹¹⁶³⁾.

Não obstante a existência de muita literatura sobre a gestão de mudança, predomina entre os teóricos a opinião de que não existe nenhuma fórmula mágica para efetuar mudança. A chave para manejar a mudança eficaz é compreender que os programas de mudança não têm um fim em si mesmos e que devem levar em consideração os atores organizacionais e o contexto em que operam ⁽¹¹⁴⁹⁾.

Kisil ⁽¹¹⁶⁴⁾, num manual para mudanças organizacionais na saúde, dirigido a Secretarias Municipais de Saúde, define um modelo de mudança organizacional que contém seis elementos: conhecer as razões da mudança, gerenciar o processo de mudança, realizar um diagnóstico organizacional, definir a direção da mudança, estabelecer um plano estratégico de mudança e monitorar e avaliar o processo de mudança.

Seja qual for a mudança é um processo que necessita ser gerenciado. Em geral, é necessário montar uma equipe para o gerenciamento da mudança que tenha as seguintes capacidades: usar eficientemente seu conhecimento e suas informações; ser criativa; trabalhar em equipe; projetar o futuro; ser flexível e adaptar-se facilmente aos novos processos; motivar as pessoas envolvidas; ter ótima comunicação; e ser capaz de assumir riscos e solucionar conflitos ⁽¹¹⁶⁴⁾.

A equipe de liderança do processo de mudança deve começar com um diagnóstico organizacional, a fim de conhecer a situação presente. No caso, deveria ser feito um diagnóstico da situação dos cuidados de condições crônicas na ESF.

Para a realização desse diagnóstico pressupõe-se que: o objetivo de realizá-lo esteja claro; os recursos para efetivá-lo estejam definidos; o conjunto de variáveis a serem estudadas sejam conhecidas; a profundidade do estudo esteja determinada;

o tempo esteja estabelecido; o grupo de condução tenha conhecimentos técnicos; o diagnóstico seja aprovado pelo nível estratégico da organização ⁽¹¹⁶⁴⁾.

No caso da implantação do MACC, o diagnóstico organizacional pode utilizar certas ferramentas que foram desenvolvidas para definir a capacidade de cuidar das condições crônicas nas organizações de saúde e que tem sido utilizadas na APS. Destacam-se, dentre elas, propostas pelo CCM, o diagnóstico na perspectiva da equipe, o ACIC, *Assessment of Chronic Illness Care*, e o PACIC, *Patient Assessment of Chronic Illness Care* ⁽²⁸⁸⁾.

O ACIC é um instrumento desenvolvido pelo Serviço de Saúde Indígena dos Estados Unidos destinado a ser aplicado na equipe de saúde, no caso equipe da ESF, para: identificar áreas para melhoria na atenção às condições crônicas antes de iniciar um trabalho de implantação do MACC; e monitorar e avaliar a natureza das melhorias alcançadas em função da implantação do modelo. O ACIC é um questionário que tem sete partes definidas pelo CCM: a organização da atenção à saúde; os recursos da comunidade; o suporte às decisões; o desenho do sistema de prestação de serviços; o sistema de informação clínica; e a integração dos componentes do CCM. Essa ferramenta permite obter um escore final que mostra a capacidade da equipe de saúde de cuidar das condições crônicas. Um escore de 0 a 2, capacidade limitada; um escore de 3 a 5, capacidade básica; um escore de 6 a 8, capacidade razoavelmente boa; e um escore de 9 a 11, capacidade ótima.

O PACIC é uma ferramenta que mede a qualidade da atenção às condições crônicas, na perspectiva das pessoas usuárias. É um questionário breve, composto por 25 questões, respondido pelas pessoas usuárias para avaliar a extensão em que essas pessoas recebem cuidados para suas condições crônicas, alinhadas com os supostos do CCM. As questões envolvem áreas como plano de cuidado, proatividade das pessoas no cuidado, intervenções sobre fatores de risco ligados a comportamentos e estilos de vida, respeito aos valores das pessoas, autocuidado, acesso a especialistas e monitoramento do cuidado. Para cada questão existe uma escala: quase nunca, geralmente, algumas vezes, a maior parte das vezes e quase sempre.

Esses instrumentos foram validados nos Estados Unidos e em diferentes países (Alemanha, Dinamarca, Espanha, França, Holanda, Japão e Tailândia). Estudos mostraram evidências de que eles permitem medir a qualidade da atenção às condições crônicas ^(1166, 1167, 1168, 1169, 1170).

Esses instrumentos, na versão brasileira, estão em fase de validação transcultural na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, como parte do Laboratório de Cuidados de Condições Crônicas na APS que se desenvolve naquele município ⁽¹¹⁷¹⁾.

Uma vez completado o diagnóstico organizacional, deve-se definir a direção da mudança: ter claro o porquê e o rumo da mudança. No caso, é a implantação do MACC na ESF. Essa é uma mudança que tem foco na cultura organizacional que, de modo geral, é orientada para a atenção às condições e aos eventos agudos, e nos processos clínicos.

O próximo passo é definir a estratégia de mudança. Há várias estratégias que se utilizam na mudança organizacional: estratégia de concentração, estratégia de estabilidade, estratégia de crescimento e estratégia de redução de despesas⁽¹¹⁶⁴⁾. No caso da implantação do MACC na ESF, deve-se adotar a estratégia de concentração que significa a concentração dos esforços organizacionais na prestação de cuidados primários por meio da ESF.

O processo de mudança deve ser monitorado e avaliado. No caso da implantação do MACC na ESF podem ser utilizados, também no monitoramento, as ferramentas ACIC e PACIC.

Uma avaliação mais rigorosa vai envolver o desenho de uma pesquisa avaliativa. Nesse aspecto é fundamental contar com indicadores de condições crônicas que tenham evidência de que avaliam efetivamente as mudanças que se pretendem com a aplicação do MACC. Os indicadores devem ser estabelecidos em termos de estrutura, processos e resultados, mas deve se cuidar para que esses indicadores estejam balanceados, ou seja, que mudanças numa parte do sistema de atenção à saúde não irão causar problemas em outras partes desse mesmo sistema⁽¹¹⁷²⁾.

A implantação do MACC na ESF é uma mudança significativa, mas não se trata de uma mudança organizacional ampla. É uma mudança específica e identificável que se dá no nível local de uma SMS de Saúde, nos cuidados primários à saúde.

O Boxe 31 mostra os indicadores de avaliação da implantação do MACC em relação ao diabetes.

Boxe 31: Indicadores de avaliação da implantação do MACC em relação à condição crônica de diabetes

Um programa de controle do diabetes, realizado de conformidade com o MACC, deve selecionar, a partir do registro clínico de toda a subpopulação portadora dessa condição, numa equipe da ESF, os indicadores que serão medidos, periodicamente, para avaliar o programa.

Portador de diabetes é definido como aquela pessoa que teve o diagnóstico de diabetes tipos 1 ou 2, conforme a CID.

Os indicadores de resultados podem ser medidos em termos de resultados finais (*outcomes*), por exemplo, redução da mortalidade por diabetes, ou em termos de produtos (*outputs*), como a redução da hemoglobina glicada.

Para se atingirem os resultados definidos, há que se organizarem vários processos-chave, referidos aos elementos do MACC. O monitoramento desses indicadores de processo dirão se as mudanças conduziram a uma atenção à saúde de melhor qualidade e se agregaram valor para as pessoas.

Alguns indicadores para avaliar a implantação do MACC em diabetes são:

- Média de hemoglobina glicada: valor médio igual ou menor que 7%;
- Portadores de diabetes com dois exames de hemoglobina glicada nos últimos doze meses: valor maior que 90%;
- Plano de autocuidado realizado nos últimos doze meses: valor maior que 70%;
- Uso de aspirina ou outro agente trombolítico: valor maior que 80%;
- Portadores de diabetes com pressão arterial inferior a 130/80: valor maior que 40%;
- Portadores de diabetes com LDL inferior a 100: valor maior que 70%;
- Portador de diabetes tabagista: valor inferior a 12%;
- Portador de diabetes com exame oftalmológico anual: valor maior que 90%;
- Portador de diabetes com exame dos pés anual: valor maior que 90%.

Fonte: Improving Chronic Illness Care ⁽¹¹⁷²⁾, um programa apoiado pela The Robert Wood Johnson Foundation com assistência técnica de Group Health Cooperatives MacColl Institute for Healthcare Innovation

Um exemplo de avaliação da implantação do MACC na ESF é o do Laboratório Inovações em Atenção às Condições Crônicas na APS, conduzido pela SMS de Curitiba, com o apoio do Departamento de Epidemiologia da PUC Paraná ⁽¹¹⁷³⁾. Nessa pesquisa, um estudo quase-experimental, definiram-se doze unidades da ESF, sendo seis experimentais e seis controle que serão validadas longitudinalmente. Há, ainda, uma unidade da ESF piloto em que se estão testando vários instrumentos de intervenção do MACC.

Há diferentes técnicas que ajudam a gestão da mudança nas organizações: a reengenharia de processos, a gestão da qualidade total, a melhoria contínua da qualidade, a metodologia de sistemas leves e o modelo de excelência dos negócios ⁽¹¹⁴⁹⁾. Aqui se vai considerar o modelo da melhoria, implantado sob a forma de um projeto colaborativo.

O PROJETO COLABORATIVO

A implantação do MACC na ESF pode ser feita por várias maneiras, mas sugere-se que seja realizada por processos de mudança deliberados, assentados em tecnologias de educação potentes.

Uma proposta sólida de implantação de modelos para condições crônicas é a da Série de Avanços Inovadores, desenvolvida, a partir de 1995, pelo *Institute for Healthcare Improvement*, com base num processo de mudança ⁽¹¹⁷⁴⁾. Esse modelo, em contínuo aperfeiçoamento, estrutura-se na ideia de que a melhor maneira de se introduzirem mudanças nos sistemas de atenção à saúde é por meio da aprendizagem colaborativa entre equipes de distintas organizações de saúde.

O modelo dos avanços inovadores pode ser aplicado na implantação do MACC na ESF. Uma série completa de aprendizagem pode durar de seis a quinze meses e pode envolver muitas equipes da ESF, de uma mesma ou de várias SMSs, para buscar melhorias em temas de interesse comum. Cada um dos projetos se denomina de Projeto Colaborativo.

A concepção básica do processo está, de um lado, numa combinação de expertos em áreas clínicas com expertos em gestão na busca de mudanças significativas e, de outro, na constatação de que processos educacionais convencionais não geram mudanças. Para que mudanças ocorram é necessário um processo de aprendizagem, mais ou menos longo, que articule oficinas presenciais, estruturadas por princípios educacionais sólidos de capacitação de adultos, com períodos de dispersão pós-oficina. Nos períodos presenciais, as diferentes equipes da ESF – que podem variar de dez a mais de cem –, se reúnem para aprender, em conjunto e colaborativamente, sobre o tema em questão e para planificar o período de dispersão, nos quais os membros de cada equipe retornariam a suas organizações para implementar as mudanças definidas no planejamento feito durante a oficina.

Uma avaliação com líderes da área de saúde, nos campos clínico, político e de gestão, permitiu identificar os fatores-chave para identificar os campos de mudanças: a prática clínica atual não está alinhada com o conhecimento científico disponível; algumas melhorias poderiam produzir resultados claramente positivos ao incrementar a qualidade dos serviços e ao reduzir os custos da atenção à saúde; e a possibilidade de uma melhoria importante deve ter sido constatada em, pelo menos, uma organização sentinela. A aplicação desses critérios levou à identificação de áreas prioritárias de mudança: os cuidados primários como atenção à asma, à dor lombar, a eventos adversos de medicamentos, a práticas de prescrição dos médicos, a redução dos tempos de espera etc.

A Série de Avanços Inovadores apresenta cinco elementos essenciais: a seleção do tema, o recrutamento dos facilitadores, a definição das organizações participantes e de seus membros, as oficinas presenciais e os períodos de dispersão.

A seleção faz-se sobre temas que estejam maduros para melhorar, no caso a atenção às condições crônicas na ESF. Recrutam-se entre cinco a quinze profissionais com capacidade de facilitar o processo educacional, envolvendo especialistas em educação e em clínica, bem como profissionais de experiências bem-sucedidas; um desses facilitadores vai coordenar o Projeto Colaborativo. As organizações participantes são definidas e devem indicar uma equipe multiprofissional com capacidade de aprendizagem, de implantação de um projeto-piloto e de extensão do piloto em maior escala. As oficinas presenciais são intervenções educacionais que envolvem os facilitadores e as equipes da ESF das diferentes organizações participantes do projeto. Os períodos de dispersão são as intervenções que devem ser realizadas nesse tempo e que foram planejadas nas oficinas presenciais, tendo obrigatoriamente de trabalhar com indicadores que meçam as mudanças pretendidas. Todo trabalho é acompanhado por informes mensais de medição dos impactos de mudanças que são compartilhados por todos os participantes de todas as organizações, especialmente num ambiente *web*.

O MODELO DE MELHORIA

Os participantes de um Projeto Colaborativo operam com um Modelo de Melhoria (MM) para implementar as mudanças.

O MM está associado a um conceito importante de microssistemas clínicos que são definidos como um pequeno grupo de pessoas que trabalham juntas, de forma regular, para prover cuidados e indivíduos que recebem esses cuidados e que são reconhecidos como uma subpopulação discreta de pessoas. Esse microssistema clínico é o lugar de encontro entre profissionais de saúde, pessoas usuárias e suas famílias ⁽¹¹⁷⁵⁾.

O conceito de microssistemas clínicos vem da constatação empírica de que as organizações bem-sucedidas focam-se em pequenas unidades replicáveis que co-nectam a sua competência central em benefício dos clientes ⁽¹¹⁷⁶⁾.

Um microssistema clínico tem uma população com necessidades, processos interligados, um ambiente de informações compartilhadas e produz serviços que devem ser medidos em termos de resultados de desempenho. Esses microssistemas evoluem ao longo do tempo e pertencem a uma grande organização. Como qualquer sistema vivo

adaptativo, o microsistema clínico deve fazer seu trabalho, satisfazer as necessidades dos profissionais de saúde e de sua população e manter uma unidade clínica ⁽⁸⁵⁵⁾.

Num microsistema clínico o *input* são pessoas com necessidades, que são atendidas por uma equipe de saúde por meio de processos clínicos, sendo o *output* pessoas com necessidades atendidas. Aplicado ao cuidado de condições crônicas na ESF, o microsistema clínico tem uma subpopulação adscrita de portadores de condições crônicas que é cuidada, segundo estrutura e processos definidos no MACC, por uma equipe multiprofissional, para ter suas necessidades atendidas.

O microsistema clínico é parte de uma macro-organização que o contém. Uma equipe da ESF constitui um microsistema clínico que é parte de uma macro-organização, uma Secretaria Municipal de Saúde.

O foco em um microsistema clínico é fundamental para a prestação de cuidados de forma efetiva, eficiente e com base nas necessidades da população a ele adscrita. Pesquisas demonstraram que há que se construir uma capacidade para lidar com os microsistemas clínicos, o que envolve: reconhecer a unidade de trabalho como microsistema; estabelecer prioridades que balanceem as necessidades da macro-organização e dos microsistemas; gerenciar as mudanças; envolver toda a equipe; e coordenar dentro e dentre diversos microsistemas. Tudo isso pode ser facilitado pela adoção do MM ⁽¹¹⁷⁷⁾.

O MM parte de um suposto de que mudanças organizacionais não ocorrem a menos que alguém tome a iniciativa e que devem ter um impacto positivo e significativo ao longo do tempo. É importante saber que toda melhoria requer mudança, mas que nem toda mudança resulta em melhoria ⁽¹¹⁷⁸⁾.

O conceito de melhoria é da sua utilidade estabelecida por características como mais rápido, mais fácil, mais eficiente, mais efetivo, mais barato, mais seguro etc. Assim, mudanças resultam em melhorias quando: alteram a maneira como o trabalho ou a atividade é feita ou a composição de um produto; produzem diferenças visíveis e positivas nos resultados referentes a padrões históricos; e têm um impacto duradouro ⁽¹¹⁷⁸⁾.

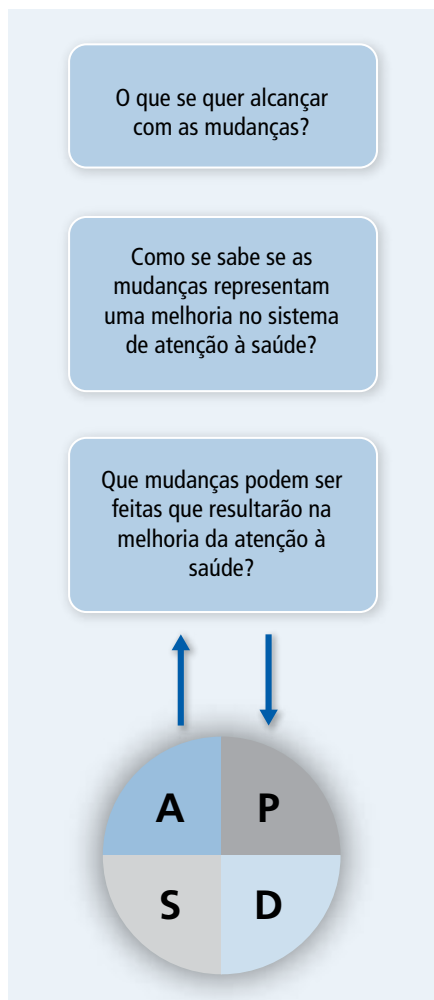
O MM estrutura-se com base em cinco princípios centrais de melhoria. Os dois princípios iniciais de melhoria são entender por que se precisa mudar e dispor de um sistema que mostre que a melhoria está ocorrendo. Muitas mudanças são, simplesmente, fazer mais do mesmo. O terceiro princípio é desenvolver uma mudança que resultará em melhoria, o que implica saber se a mudança proposta levará a uma melhoria real. O quarto princípio é testar uma mudança antes de implementá-la

em escala, planejando o teste, executando-o, analisando os resultados, resumindo o que foi aprendido e decidindo qual a ação justificada com base no que foi aprendido com o teste. Esse é um princípio difícil de ocorrer no sistema público de saúde brasileiro porque, em geral, há uma resistência enorme à implantação de projetos-piloto, especialmente por parte de gestores políticos. O quinto princípio é implementar a mudança. O grande risco da implementação é que a mudança não seja sustentável ⁽¹¹⁷⁸⁾.

O MM define uma estrutura para operacionalizar os seus cinco princípios centrais; três questões fundamentais que direcionam as melhorias e o ciclo PDSA. As três questões, aplicadas ao campo da saúde, são: O que se quer alcançar com as mudanças? Como se sabe se as mudanças representam uma melhoria na atenção à saúde? Que mudanças podem ser feitas que resultarão na melhoria da atenção à saúde? Essas três questões dizem respeito aos três primeiros princípios centrais do MM. Elas podem ser respondidas em qualquer ordem ⁽¹¹⁷⁹⁾.

O MM está representado na Figura 23.

Figura 23: O Modelo de Melhoria



Fonte: Associates in Process Improvement ⁽¹¹⁷⁹⁾

A pergunta: O que se quer alcançar com as mudanças? implica uma definição, por escrito, dos objetivos que se deseja alcançar em relação a uma determinada população, da expressão desses objetivos em indicadores medíveis e da montagem de um sistema de monitoramento desses indicadores para verificar se as mudanças implantadas levaram aos resultados desejados. A pergunta: Como se sabe se a mudança representa uma melhoria da atenção à saúde? exige uma resposta que mostre que os objetivos e os indicadores definidos significam componentes-chave

da atenção à saúde e se há um monitoramento adequado desses indicadores, pelo menos, em cinco medições. A pergunta: Que mudanças podem ser feitas que resultarão na melhoria da atenção à saúde? é respondida pela análise de sua coerência com os elementos do MACC e com quatro critérios: Elas contribuem para a melhoria da atenção às condições crônicas na ESF? Elas englobam intervenções efetivas de mudanças de comportamento na ESF? Elas envolvem o autocuidado apoiado na ESF? Elas monitoram as metas definidas nos planos de cuidado na ESF? ⁽¹¹⁷⁹⁾

Colocadas as três questões será utilizado o ciclo PDSA para facilitar a implantação das mudanças identificadas.

O ciclo PDSA foi desenvolvido por Walter A. Shewart na década de 20, mas começou a ser conhecido como ciclo de Deming em 1950, por ter sido amplamente difundido por esse autor. É uma técnica simples que visa o controle dos processos, podendo ser usado de forma contínua para o gerenciamento das atividades de uma organização. Compõe-se de um conjunto de ações numa sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla: P (*plan*: planejar: O quê? Por quê? Quem? Onde? Quando? Como coletar os dados?), D (*do*: fazer, executar: executar o plano, documentar problemas e soluções e iniciar a análise dos dados), S (*study*: estudar, completar a análise dos dados, comparar os dados com as previsões, sintetizar o aprendizado), e A (*act*: agir, atuar corretivamente: Que mudanças devem ser feitas? Qual o próximo ciclo?).

O ciclo PDSA é um instrumento para o conhecimento e a ação. Ele é usado no MM para construir conhecimento que ajude a responder a qualquer uma das três questões essenciais do modelo, testar e implementar uma mudança. O MM constitui uma abordagem interativa de tentativa e aprendizagem para a melhoria, o que convoca um ciclo interativo de aprendizagem. Podem ocorrer melhorias sem o PDSA, mas mudanças intencionais e complexas, como a implantação do MACC na ESF, em geral, requerem mais de um ciclo desse instrumento. É desejável que sejam implantados ciclos sequenciais de PDSA, iniciando-se em pequena escala para reduzir os riscos e ir gradativamente ampliando as mudanças. No caso da implantação do MACC na ESF certamente serão utilizados ciclos sequenciais ⁽¹¹⁷⁸⁾.

No MM, a finalização de cada ciclo do PDSA leva, imediatamente, ao início de um novo ciclo pela equipe que está conduzindo as mudanças que deve responder a questões como: O que funcionou e o que não funcionou? O que deve ser introduzido, o que deve ser mudado e o que deve ser descartado? Frequentemente, uma equipe testa mais de uma mudança ao mesmo tempo, o que exige a implantação de vários ciclos simultaneamente.

O Boxe 32 mostra uma planilha que facilita a utilização do MM.

Boxe 32: Planilha do Modelo de Melhoria

Nome da equipe: _____

Membros da equipe: _____

1. Líder: _____ 5. _____

2. Facilitador: _____ 6. _____

3. _____ 7. _____

4. _____ 8. _____

Coach: _____ Dia e horário da reunião: _____ / _____

Local: _____

Planejamento da mudança

As questões 1 a 3 são questões macro e as questões 4 a 9 são questões mais específicas

1. OBJETIVO: O que queremos alcançar?
2. INDICADORES: Como sabemos que uma mudança é uma melhoria?
3. MUDANÇAS POSSÍVEIS: Que mudanças devemos fazer que levarão a melhorias?
4. PLANEJAR: Como planejamos o projeto-piloto? Quem faz o que e quando? Que recursos, instrumentos e capacitações são importantes? Quais são os dados de linha de base a serem coletados? Como sabemos que a mudança constituirá uma melhoria?

Tarefas a serem desenvolvidas para provocar a mudança	Quem	Quando	Recursos, instrumentos e capacitações necessárias	Indicadores

5. FAZER: O que estamos aprendendo com o projeto-piloto? O que aconteceu quando fizemos o projeto-piloto? Que problemas foram encontrados? Que surpresas foram detectadas?

6. CONTROLAR: O que aconteceu no nosso estudo? O que nós aprendemos? O que os indicadores mostram?

Boxe 32: Planilha do Modelo de Melhoria

7. **ATUAR:** Em função dos resultados obtidos o que necessitamos realizar? As mudanças devem ser modificadas? Fazemos um plano para o próximo ciclo de mudança.

8. **PADRONIZAR:** Uma vez que o resultado do PDSA levou a uma boa prática deve-se padronizá-la. Isso significa que a nova prática será introduzida na rotina cotidiana da organização até que a necessidade de uma nova mudança seja identificada.

9. **TRADE-OFFS:** O que ajudou a equipe no passado para mudar comportamentos e fazer as coisas certas? Que tipo de ambiente organizacional tem dado suporte à padronização das mudanças? Na introdução da nova prática foram considerados os comportamentos, as atitudes e os valores dos profissionais de saúde?

Fonte: Adaptado de Dartmouth Medical School/Center for the Evaluative Clinical Sciences/Institute for Healthcare Improvement⁽⁸⁵⁵⁾

Alguns instrumentos podem ser utilizados como suportes ao PDSA. No planejar (P) podem ser úteis a utilização de mapa estratégico, diagrama de causa e efeito ou diagrama espinha de peixe, diagrama de Pareto, grau de evitabilidade, matriz 5W2H e mapeamento de processos. No fazer (D), os fluxogramas e a matriz de operacionalização de processo crítico. No estudar (S), as folhas de verificação, as cartas de controle e a matriz para monitoramento de processos. No atuar (A), a matriz para avaliação de resultados⁽¹¹⁸⁰⁾.

As melhorias alcançadas devem ser disseminadas, o que significa levá-las para serem implementadas em outras organizações. Para isso é necessário dispor de uma estrutura para disseminação que envolve: uma liderança forte; uma descrição das ideias a serem disseminadas e das evidências que fundamentam essas melhores ideias; um plano de disseminação que envolva um plano de comunicação, um plano de medição e um plano de trabalho; um sistema social, fundamentado na comunicação, que atraia adeptos e compartilhe os conteúdos técnicos necessários para realizar as melhorias; um sistema de medição e *feedback* e de gestão do conhecimento para monitorar o trabalho de disseminação e para facilitar a outras organizações a adoção das melhorias⁽¹¹⁷⁸⁾.

Para que o MM opere, algumas habilidades são imprescindíveis nas pessoas que participam do processo, especialmente da equipe de condução. É fundamental ter conhecimento específico sobre o tema da mudança. No caso, é essencial que as pessoas envolvidas dominem o MACC e os princípios da ESF. Mas há outros conhecimentos fundamentais: apoio à mudança com dados: Como utilizar dados para orientar a melhoria?; desenvolvimento de mudanças: O que se deve considerar quando se desenvolve uma mudança com impacto positivo de longo prazo?; teste de mudança: Por que testar uma mudança?; implementação de mudanças: O que se pode fazer para ter um impacto positivo de longo prazo?; disseminação de melho-

rias: Como ampliar o impacto de uma mudança bem-sucedida?; e o lado humano da mudança: Como as mudanças afetarão as pessoas? ⁽¹¹⁷⁸⁾.

Conhecimentos de como realizar mudanças são importantes. Deming propôs o sistema de conhecimento profundo em que interagem a visão sistêmica, o conhecimento da variação, a teoria do conhecimento e a psicologia relacionada aos aspectos humanos da mudança ⁽¹¹⁸¹⁾.

A implantação do MM na ESF pode ser feita por três oficinas presenciais, seguidas de períodos de dispersão de implantação das mudanças propostas no mundo real da ESF.

A oficina 1 tem como objetivos discutir o MM, apresentar o MACC e preparar os ciclos de implantação das mudanças que serão efetivadas no período de dispersão. A oficina 2 tem como objetivos aprofundar os níveis do MACC, com ênfase nos níveis 2, 3, 4 e 5 e alguns de seus elementos trazidos do CCM: desenho do sistema de prestação de serviços, suporte às decisões, sistema de informação clínica e autocuidado apoiado, implementar o sistema de monitoramento e avaliação das mudanças, detalhar o elemento dos recursos da comunidade, introduzir o conceito de disseminação das mudanças e preparar os ciclos de implantação das mudanças que serão feitas no período de dispersão. A oficina 3 busca redefinir os planos para a melhoria da atenção às condições crônicas, implementar as estratégias de disseminação das mudanças, escolher e trabalhar tópicos clínicos-chave de sustentação das mudanças e preparar os ciclos de implantação das mudanças que serão feitas no período de dispersão.

As ações planejadas nas oficinas presenciais são implementadas por meio dos ciclos do PDSA.

Os resultados da aplicação do Modelo de Melhoria, em conjunto com uma filosofia educacional de "todos ensinam, todos aprendem", em centenas de Projetos Colaborativos aplicados em vários países, são muito favoráveis em relação a: redução de efeitos adversos de medicamentos, controle da hipertensão, controle de gestantes de alto risco, controle glicêmico em portadores de diabetes, redução do tempo de espera na APS, tratamento do câncer, controle da tuberculose, cuidados intensivos e redução de custos da atenção à saúde ^(1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191).

A metodologia de avanços inovadores, em combinação com a filosofia "todos ensinam, todos aprendem", produziu resultados impressionantes em muitos sistemas de atenção à saúde nos Estados Unidos, no Canadá e na Europa ⁽¹¹⁷⁴⁾. A organização *OSF Healthcare* reduziu os eventos adversos de medicamentos em 75%. O *Bureau of*

Primary Care dos Estados Unidos implantou um projeto colaborativo que cobriu 12 milhões de americanos, o que resultou no crescimento, nessa população, da meta nacional dos testes de hemoglobina glicada de 300%. O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido lançou um projeto de melhoria que atingiu aproximadamente dois mil centros de saúde, com cobertura de 18,2 milhões de pessoas usuárias, o que permitiu reduzir as listas de espera em 60%. A metodologia foi aplicada pelo *Partners in Health*, no Peru, o que incrementou o nível de cura de pessoas portadoras de tuberculose para 80%, muito superior à média nacional.

O Boxe 33 mostra a utilização de um ciclo PDSA na implantação do modelo de atenção crônica utilizando-se o Modelo de Melhoria.

Boxe 33: Um exemplo de utilização de um ciclo de PDSA no Centro de Saúde Rocky Road

P: A equipe de saúde do Centro de Saúde entendeu que a introdução de um registro dos portadores de diabetes poderia aumentar o percentual de pessoas com teste de hemoglobina glicada realizado rotineiramente. Elaboraram protocolos clínicos para o monitoramento da glicemia por meio de hemoglobina glicada e de autocuidado em termos de monitoramento da glicemia.

D: O registro dos portadores de diabetes foi desenvolvido e testado durante duas semanas por enfermeiros e por portadores da condição de saúde que aceitaram participar. Para isso, foi necessário revisar o sistema de informação clínica sobre diabetes.

S: O tempo gasto para completar as informações dos portadores de diabetes aumentou de um para dois minutos e o tempo para entrar com esses dados no sistema de informação clínica foi de três minutos adicionais. O tempo de espera dos portadores de diabetes, com o novo sistema, aumentou em oito minutos. Entre os portadores de diabetes apenas metade apresentavam bons níveis de hemoglobina glicada; após a introdução das mudanças, todos os portadores apresentavam bons resultados.

A: Após uma reunião com o diretor do Centro, introduziram-se mudanças no sistema de registro dos portadores de diabetes, o que foi feito buscando-se uma solução desenvolvida por uma rede de Centros de Saúde de outro estado. Foi feita, também, uma revisão no registro dos portadores de diabetes para diminuir o tempo gasto com o novo sistema.

Fonte: Health Disparities Collaboratives ⁽³⁴⁶⁾

O DESENHO DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO MACC NA ESF

O processo de implantação do MACC na ESF deverá ter, numa organização particular, uma estrutura de um projeto, já que terá uma duração finita no tempo.

É fundamental organizar as equipes que vão trabalhar no projeto ⁽¹¹⁹²⁾. Há que se escolherem as pessoas certas. Essas pessoas devem representar diferentes partes da

organização. Equipes efetivas devem ter três diferentes tipos de expertise: liderança senior, expertise técnico e liderança do dia-a-dia.

A estrutura de um projeto pode ser a mostrada na Figura 24.

1. Grupo de condução do projeto

Será constituído por servidores seniores da SMS que tenham responsabilidades políticas e/ou conhecimentos sobre os programas de atenção às condições crônicas.

2. Grupos programáticos

Será constituído por grupos de servidores da SMS, de diferentes níveis, que tenham responsabilidades e/ou conhecimentos sobre cada um dos programas relativos às condições crônicas selecionadas, nos diversos âmbitos institucionais (por exemplo, central, distrital e local). Além disso, esses servidores deverão ter algum expertise em medicina baseada em evidência e em elaboração de diretrizes clínicas. Esses grupos poderão ser organizados por grandes temas de condições crônicas como: doenças cardiovasculares, diabetes e doenças renais crônicas; doenças respiratórias crônicas; atenção às pessoas idosas etc. Esses grupos comporiam a estrutura vertical do projeto.

Esses grupos programáticos terão como funções principais rever as diretrizes clínicas das condições de saúde selecionadas, com base em evidências científicas, adaptando-as às demandas singulares do modelo de atenção às condições crônicas. A partir das diretrizes clínicas revisadas, o grupo deverá desenhar o programa e seus indicadores e definir os modelos de monitoramento e avaliação. Ademais, deverão estabelecer parâmetros de programação de base populacional que orientarão a programação.

3. Grupos temáticos

Serão constituídos por grupos de servidores da SMS que tenham responsabilidades e/ou conhecimentos sobre cada um dos elementos fundamentais do MACC, nos diversos âmbitos institucionais (por exemplo, servidores dos níveis central, distrital e local).

Poderiam ser identificados, em função do modelo teórico a ser aplicado, os seguintes grupos temáticos:

- Grupo de promoção da saúde. Esse grupo trabalhará o nível 1 do MACC;
- Grupo de prevenção das condições de saúde. Esse grupo trabalhará o nível 2 do MACC;

- Grupo de tecnologias da psicologia relativas a mudanças de comportamentos. Esse grupo trabalhará tecnologias de mudança de comportamento que são fundamentais para o manejo das condições crônicas no MACC;
- Grupo de desenho do sistema de prestação de serviços. Esse grupo trabalhará esse elemento específico do CCM;
- Grupo de autocuidado apoiado. Esse grupo trabalhará esse elemento específico do CCM;
- Grupo de sistema de informação clínica. Esse grupo trabalhará esse elemento específico do CCM;
- Grupo de educação permanente e educação em saúde. Esse grupo trabalhará o elemento de apoio às decisões do CCM e poderá se dividir em dois subgrupos se entender mais operativo;
- Grupo de relações com a comunidade. Esse grupo trabalhará esse elemento específico do CCM.

Esses grupos temáticos deverão desenvolver, a partir de trabalhos já em execução na organização ou de modelos de outras organizações, as propostas de intervenções nesses elementos do modelo de atenção às condições crônicas, adaptados às condições locais da SMS.

4. Consultores externos

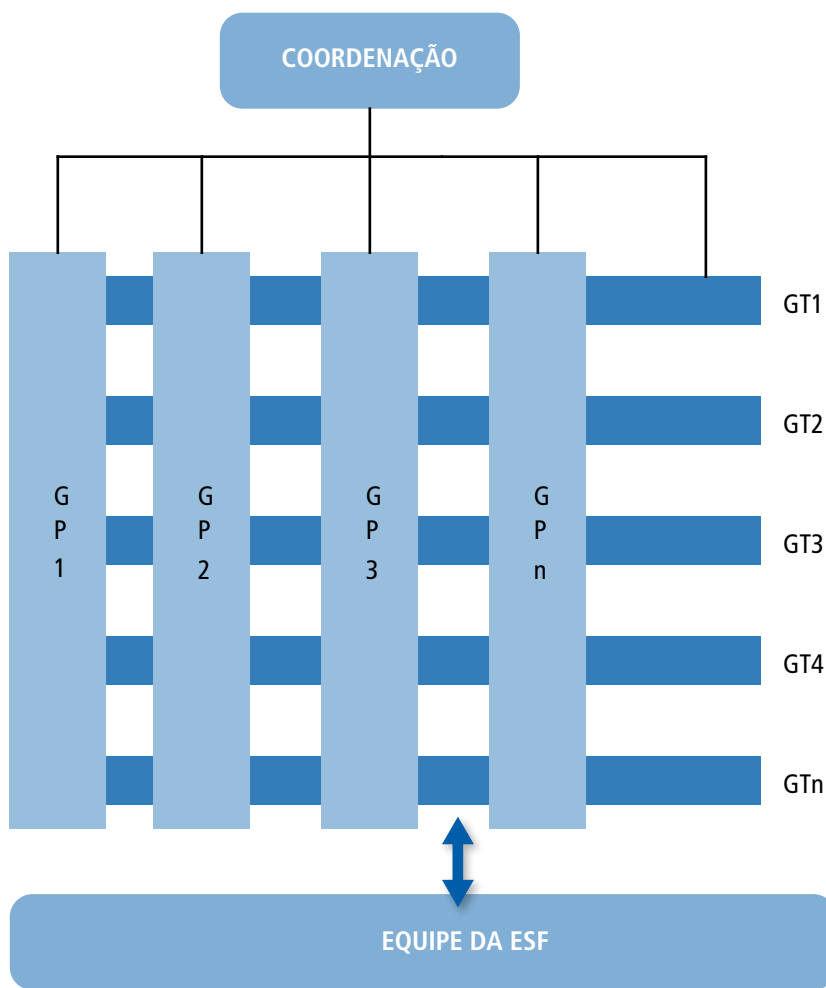
Como algumas intervenções propostas pelo MACC implicam fortes mudanças nos modelos em operação e não têm sido, ainda, introduzidas e avaliadas no SUS, em certos elementos do MACC poderão ser úteis o apoio de consultores externos com expertise em temas específicos.

A necessidade de ajuda de consultores externos deve ser avaliada pela organização tendo em vista que implicam gastos adicionais.

5. Equipes locais

As equipes locais são as equipes da ESF e que se responsabilizarão – com o apoio dos grupos de condução, grupos programáticos, grupos temáticos e consultores externos, se houver – pela implantação do MACC. Essas equipes devem ser multiprofissionais e devem envolver técnicos das áreas clínica, de suporte e administrativa.

Figura 24: Estrutura do projeto de desenvolvimento e implantação do MACC



GP: Grupo Programático
GT: Grupo Temático

O CHECK LIST DO MACC NA ESF

Para verificar se um projeto está adequado para a implantação do MACC na ESF pode ser útil a utilização de um *check list* construído a partir dos elementos fundamentais do modelo.

1. DIRETRIZES CLÍNICAS

- 1.1. Elaboração ou revisão da diretriz clínica da condição crônica, com estratificação de riscos
- 1.2. Elaboração do plano de implantação da diretriz clínica na ESF
- 1.3. Elaboração da planilha de programação com base em parâmetros epidemiológicos e sua introdução na diretriz clínica
- 1.4. Seleção de eventos sentinelas relativos à condição crônica
- 1.5. Desenho do sistema de monitoramento e avaliação do programa de controle da condição crônica

2. PREVENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

- 2.1. Elaboração/revisão e implantação do programa antitabágico na ESF
- 2.2. Elaboração/revisão e implantação do programa de reeducação alimentar na ESF
- 2.3. Elaboração/revisão e implantação do programa de atividade física na ESF
- 2.4. Elaboração/revisão e implantação do programa de controle do álcool na ESF
- 2.5. Elaboração/revisão e implantação do programa de manejo do estresse na ESF

3. GRUPO DE TECNOLOGIAS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

- 3.1. Elaboração e publicação de manual sobre tecnologias de mudanças de comportamento
- 3.2. Implantação do manual sobre tecnologias de mudanças de comportamento na ESF

4. DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- 4.1. Elaboração, a partir da diretriz clínica, da planta de pessoal da equipe da ESF para o trabalho multiprofissional
- 4.2. Elaboração e implantação na ESF da proposta da atenção compartilhada a grupo
- 4.3. Elaboração e implantação na ESF da proposta da atenção contínua
- 4.4. Elaboração e implantação na ESF da proposta de atenção por pares
- 4.5. Elaboração e implantação da proposta de trabalho conjunto de generalistas e especialistas

5. SISTEMA DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- 5.1. Modelagem e implantação de um prontuário familiar eletrônico na ESF
- 5.2. Incorporação no prontuário do registro de portadores da condição crônica por riscos
- 5.3. Incorporação no prontuário de registro de pessoas com tabagismo, com sobrepeso/obesidade, com inatividade física, com uso excessivo de álcool e com alimentação inadequada
- 5.4. Incorporação no prontuário do sistema de monitoramento da condição crônica

- 5.5. Incorporação no prontuário de campo para elaboração e monitoramento do plano de cuidado
- 5.6. Incorporação no prontuário de campo para a elaboração e monitoramento do plano de autocuidado
- 5.7. Revisão da capacidade do prontuário em dar alertas, lembretes e *feedbacks* em relação à condição crônica
- 5.8. Elaboração de estudo de viabilidade de um sistema de atenção eletrônica (acesso *online* a resultados de exame, prescrição *online* de medicamentos de uso contínuo, acesso *online* aos materiais educativos relativos à condição crônica
- 5.9. Elaboração/Revisão do cadastramento das famílias adscritas às equipes da ESF
- 5.10. Incorporação no prontuário dos instrumentos de abordagem familiar (classificação de risco familiar, genograma e outros)

6. EDUCAÇÃO PERMANENTE

- 6.1. Elaboração de uma proposta de educação permanente, com base na andragogia, realizada em tempo protegido, para as equipes da ESF.
- 6.2. Capacitação das equipes da ESF na diretriz clínica da condição crônica
- 6.3. Elaboração, com base na diretriz clínica, de material educativo para as pessoas usuárias portadoras da condição crônica

7. TELEASSISTÊNCIA

- 7.1. Definição do modelo de segunda opinião à distância, envolvendo generalistas e especialistas
- 7.2. Definição do modelo de atenção a distância (por exemplo, eletrocardiogramas)

8. AUTOCUIDADO APOIADO

- 8.1. Definição de modelo de plano de autocuidado
- 8.2. Elaboração de um sistema de apoio material dado pela equipe da ESF para o autocuidado em relação à condição crônica (medicamentos, equipamentos, recursos da comunidade etc.)
- 8.3. Elaboração de um sistema de monitoramento de plano de autocuidado apoiado pela pessoa portadora e pela equipe da ESF
- 8.4. Elaboração de *folders* tipo semáforo (com sinais verde, amarelo e vermelho) para o autocuidado relativo à condição crônica
- 8.5. Utilização rotineira de instrumento de avaliação da capacidade das pessoas para o autocuidado da condição crônica
- 8.6. Utilização rotineira do instrumento de autoavaliação da equipe da ESF para o autocuidado apoiado

9. RELAÇÕES COM A COMUNIDADE

- 9.1. Elaboração de um sistema de identificação dos recursos comunitários, na área de abrangência da unidade da ESF, para suporte ao programa de controle da condição crônica
- 9.2. Elaboração de um sistema de institucionalização de parcerias da unidade da ESF com as instituições comunitárias para dar suporte local ao programa de controle da condição crônica
- 9.3. Co-participação em projetos intersetoriais desenvolvidos na área de abrangência da unidade da ESF

10. GESTÃO DA CLÍNICA

- 10.1. Garantia de um gerente de nível superior e de tempo integral na unidade da ESF
- 10.2. Elaboração e implantação de um sistema de gestão dos riscos da atenção na ESF

- 10.3. Elaboração e implantação na ESF de um sistema de programação local com base nos parâmetros contidos na diretriz clínica da condição crônica
- 10.4. Elaboração e implantação de um sistema de monitoramento e avaliação da programação na ESF
- 10.5. Elaboração e implantação de contratos de gestão com as equipes da ESF com pagamento por desempenho
- 10.6. Definição de critérios para a gestão de caso em relação à condição crônica
- 10.7. Elaboração de um modelo de gestão de caso para a condição crônica
- 10.8. Capacitação da equipe da ESF para a gestão de caso

11. INFRAESTRUTURA

- 11.1. Garantia de consultórios individuais para a equipe multiprofissional da ESF
- 11.2. Garantia de uma sala adequada para reunião de grupos
- 11.3. Garantia de todos os materiais e equipamentos indicados na diretriz clínica da condição crônica
- 11.4. Garantia de ambientes adequados para os serviços previstos na diretriz clínica da condição crônica (sala de vacinas, sala de coleta de exames e outros)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora; 2007.
2. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med.* 1997; 127:1097-1102.
3. Wagner, EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clin Pract.* 1998; 1: 2-4.
4. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
5. Singh D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
6. 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, emphysema and others. 3rded. Boulder: Bull Publishing Company; 2006.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão de 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
8. Brito F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318; 2007.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE; 2010.
10. Malta DC. Panorama atual das doenças crônicas no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde; 2011.
11. Schramm JMA, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2004; 9: 897-908.
12. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Vigitel 2007. Brasília: SVS/Ministério da Saúde; 2009.
13. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO/ Public Health Agency of Canada; 2005.
14. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 2^a ed; 1999.
15. Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006.
16. Frenk J. La transición epidemiologica en America Latina. *Bol. Oficina Sanit. Panam.* 1991; 111: 458-496.

17. Coleman CF, Wagner E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: Bengoa, R, Nuño, RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008.
18. Ham C. Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn: Conference of Bonn; 2007.
19. Edwards N, Hensher M, Werneke U. Changing hospital systems. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. (Editors). Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998.
20. Bengoa, R. Curar y cuidar. In: Bengoa, R, Nuño, RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008.
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
22. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. National Diabetes Statistics. 2007 [acesso em 10 nov 2010]. Disponível em <http://www.diabetes.niddk.nih.gov/>.
23. Barr CE, Bouwman MD, Lobeck F. Disease state considerations. In: Todd WE, Nash D. Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Inc; 1996.
24. Dominguez, BC. Controle ainda é baixo no Brasil. RADIS. 2007; 59:11.
25. Chaves, SR, Costa, RT, Dias, RB, Nonato, SM, Abrão N.J. Modelo de implantação e operação do modelo cuidador da Unimed Federação Minas em núcleos de atenção à saúde. In: Campos, EF, Gontijo MCF, Chaves SR, Dias RB, Costa RT. Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais; 2010.
26. World Health Organization. Health Statistics 2010 [acesso em 22 de novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.who.org/>.
27. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman; 2009.
28. Pricewaterhouse Coopers Health Research Institute. The price of excess: identifying waste in healthcare spending. 2009 [acesso em 12 de outubro de 2010]. Disponível em <http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml/>
29. NRHI Health Payment Reform Summit. From volume to value: transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. Pittsburgh: Network for Regional Healthcare Improvement; 2008.
30. Health Council of Canada. Value for money: making Canadian health care stronger. 2009 [acesso em 12 de fevereiro de 2009]. Disponível em: <http://www.canadavalueshealth.ca/>.
31. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century. Washington: The National Academies Press; 2001.
32. Nunes FA, Balaciano MI, Arruda MAN, Silva JCQ, Nunan BA, Alves MLR et al. Reformulação do modelo de atenção à saúde no Distrito Federal: melhorando a atenção à saúde e a gestão

- da rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Documento não publicado. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2010.
33. Rosen R, Ham C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del Seminario Anual de Salud 2008, Sir Roger Bannister. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na Internet]. 2009 [acesso em 14 maio de 2009]; Vol.1: ISS. 2, Article 2. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/2/>
 34. Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smithers H, Cohen J, Snowdon J, Tennat CC. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 1999; 319: 676-682.
 35. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag. Care Q*. 1999; 7:56-66.
 36. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt. Comm. J. Qual. Improv*. 2001; 27: 63-80.
 37. Doughty RN, Wright SP, Pearl A, Walsh HJ, Muncaster S, Whalley GA, et al. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. *Eur. Heart J*. 2002; 23:139-146, 2002.
 38. Unutzer J, Katon W, Calahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2002; 288: 2836-2845.
 39. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003; 289: 3145-3151.
 40. Polonsky WH, Earles J, Smith S, Pease DJ, MacMillan M, Christensen R et al. Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized controlled trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. *Diabetes Care*. 2003; 26: 3048-3053.
 41. Katon WJ, Von Korff M, Lin EHB, Simon G, Lindman E, Russo J et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2004; 61: 1042-1049.
 42. Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, Thomson C. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. *Fam. Pract*. 2004; 21: 39-45.
 43. Singh D. Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre; 2005.
 44. Nuño RS. Exploración conceptual de la atención integrada. In: Bengoa R, Nuño RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008.
 45. Tufts Managed Care Institute. Population-based health care: definitions and applications. 2000 [acesso em 16 de setembro de 2008]. Disponível em http://www.thci.org/downloads/topic11_00.pdf
 46. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

47. Mills A. Vertical VS horizontal programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Sciences & Medicine*. 1983; 17:1971-1981.
48. World Health Organization. Integration of health care delivery: report of a WHO study group. Geneva: WHO/Technical Report Series nº 861; 1996.
49. Cruz VKO, Kurowski C, Mills A. Delivery of health interventions: searching for synergies within vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*. 2003; 15: 67-86.
50. Atun RA. What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network. 2004 [acesso em 16 de setembro de 2009]. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>
51. Ooms G, Damme WV, Baker BK, Zeitz P, Schrecker T. The diagonal approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems? *Globalization and Health*. 2008; 4:6.
52. Marques AJS, Cordeiro Junior W, Santos Junior R, Colares YF, Alves L. Rede de urgência e emergência. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HOL (Organizadores). O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
53. Penn D, Bond CJ, Bennett NG, Bolam RA, Bonney V, Dain HG, et al. Interim report on the future provision of medical and allied services. London: Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services. 1920 [acesso em 28 de novembro de 2008]. Disponível em <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>
54. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bethesda: Science and Health Publications; 1910.
55. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUCMG/FINEP; 1985.
56. Lakhani M, Bauer M, Field S. The future of general practice: a roadmap. London: Royal College of General Practitioners; 2007.
57. Sakellarides C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; 2:101-108.
58. Organização Mundial da Saúde/Unicef. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef; 1979.
59. Vuori H. Primary care in Europe: problems and solutions. *Community Medicine*. 1984; 6:221-231.
60. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
61. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical view of methods and results. *Social Sciences and Medicine*. 1986; 22:1001-1013.
62. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N.Engl.J.Med*. 1979; 301: 967-974.

63. Institute of Medicine. Defining primary care: an interim Report. Washington: The National Academies Press; 1994.
64. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007
65. Saltman RS, Rico A, Boerma W (Editors). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies/ Nuffield Trust. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill; 2006.
66. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas n° 4. Washington: HSS/ Organización Panamericana de la Salud; 2010.
67. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
68. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*. 2001; 2:161-175.
69. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool, PCATool-Brasil. Série A: Normas técnicas e manuais. Brasília: DAB/SAS, Ministério da Saúde; 2010.
70. Starfield B. Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA*. 1991; 266: 2268-2271.
71. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research*. 2003; 38: 819-853, 2003.
72. Health Council of the Netherlands. European primary care. The Hague: Minister of Health, Welfare and Sports. Publication n° 2004/20E; 2004.
73. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int. J. Health Serv*. 1994; 24: 431- 458.
74. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344:1129-1133.
75. Paganini JM, Capote RM (Editores). Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n° 519; 1990.
76. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int.J. Health Serv*. 1995; 25:283-294.
77. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int. J. Qual. Health Care*. 1996; 8:51-59.
78. Starfield B. Is strong primary care good for health outcomes? In: Griffin J. (Editor) *The Future of Primary Care. Papers for a Symposium held on 13th September 1995*. London: Office of Health Economics; 1996.
79. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am. J. Public Health*. 1996; 86:1742-1747.

80. Bojalil R, Guiscafré H, Espinosa P, Martínez H, Palajox M, Guillermina R et al. The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. *Health Policy Plan.* 1998; 13:323-331.
81. Forrest C, Starfield B. The effect of first-contact with primary care clinicians on ambulatory health care expenditure. *Journal of Family Practice.* 1996; 43:40-48.
82. Rajmil L, Borrel, Starfield B, Fernandez E, Serra A, Schiaffino A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int. J. Health Serv.* 1998; 28:777-791.
83. Raddish M, Horn SD, Sharkey P. Continuity of care: is it cost effective? *Am. J. Manag. Care.* 1999; 5:727-734.
84. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Gitoni G, Di Biase R et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics.* 1999; 18:291-313.
85. Gill JM, Maisnous III AG, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch. Fam. Med.* 2000; 9:333-338.
86. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen F, Hart LG. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am. J. Public Health.* 2000; 90:97-102.
87. Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Affairs.* 2002; 21:155-157.
88. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002; 60:201-216.
89. Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderón S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla LE, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Atención primaria.* 2004; 33:305-311.
90. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur. J. Public Health.* 2004; 14: 246-251.
91. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet.* 2004; 364:1273-1280.
92. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Haines A. Health financing to promote access in low income settings: how much do we know? *Lancet.* 2004; 364:1365-1370.
93. Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Publica.* 2004; 15:994-1003.
94. Organização Mundial da Saúde. *Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Relatório Mundial de Saúde, 2008.* Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2010.
95. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Sciences & Medicine.* 1982; 51:1087-1110.
96. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal.* 1997; 314:1014-1018.

97. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. Patient trust: is it related to patient-centred behaviour of primary care physicians? *Medical Care*. 2004; 42:1049-1055.
98. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*. 2005; 142:691-699.
99. Jaturapatporn D, Dellow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*. 2007; 8:14.
100. Kovess-Masféty V, Sagousci D, Sevilla-Dedier C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 2007; 7:188.
101. Chande VT, Kinane JM. Role of the primary care provider in expediting children with acute appendicitis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1996; 150:703-706.
102. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizak K, Stewart AL. Primary care and receipt of preventive services. *J. Gen. Intern. Med*. 1996; 11:269-276.
103. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner city minority population. *New England Journal of Medicine*. 1992; 327:776-781.
104. Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell M, Serran M, Cireva E. Evaluacion del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Atención Primaria*. 1999; 24:468-474.
105. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physician: health care expenditure and mortality experience. *Journal of Family Practice*. 1998; 47:105-109.
106. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2003; 16:412-422.
107. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*. 2000; 90:1771-1774.
108. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*. 1998; 88:1330-1336.
109. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For the Veteran Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*. 1996; 334:1441-1447.
110. Woodward CA, Abelson J, Tedford S, Hutchison B. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science & Medicine*. 2004; 58:177-192.
111. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly*. 2004; 82:661-687.
112. Rothwell P. Subgroup analysis in randomized controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet*. 2005; 365:176-186.
113. Rosenblatt RA, Hart LG, Baldwin LM, Leighton C, Schneeweiss R. The general role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*. 1998; 279:1364-1370.
114. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*. 1997; 314:1870-1873.

115. Miller MR, Forrest CB, Kan JS. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*. 2000; 106:264-269.
116. Mainous III AG, Gill JM. The importance of continuity of care in likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*. 1998; 88:1539-1541.
117. Parschman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*. 1994; 39:123-128.
118. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four Medicaid demonstration program. *American Journal of Public Health*. 1989; 79:834-836.
119. Martin DP, Diehr P, Price KG, Richardson WC. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*. 1989; 79:1628-1632.
120. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners's knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*. 1991; 303:1181-1184.
121. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*. 1998; 159:777-783.
122. Ryan S, Riley AW, Kang M, Starfield B. The effects of regular source of care and health need in medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 2001; 155:184-190.
123. Schoen C, Osborn R, Doty MN, Bishop M, Peugh J, Murukluta N. Towards higher-performance systems: adults' health care experiences in seven countries. *Health Affairs*. 2007; 26:w717-w734.
124. Provenzale D, Ofman J, Gralnek I, Rabeneck C, Koff R, McCroty D. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists: an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology*. 2003; 98:21-28.
125. Smetana GW, Landon BE, Bindman AB, Burstin H, Davis RB, Tjia J, Rich EC. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives of Internal Medicine*. 2007; 167:10-20.
126. Beck CH, Lanzon C, Eisenberg MJ, Huynh T, Dion D, Roux R, et al. Discharge prescription following admissions for acute myocardial infarction at tertiary care and community hospitals in Quebec. *Canadian Journal of Cardiology*. 2001; 17:33-40.
127. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physician regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology*. 1996; 91:1544-1548.
128. Zoorob R, Jones GN, Mainous III AG, Hagen MD. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for *H. pylori*? *Helicobacter*. 1999; 4:243-248.
129. Rose JH, O'Toole EE, Dawson NV, Thomas C, Connors AF, Wenger N, et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. *Medical Care*. 2000; 38:1103-1118.

130. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric intervention and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*. 1989; 140:637-643.
131. MacDonald SE, Voaklander K, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians and obstetricians's intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*. 1993; 37:457-462.
132. Abyad A, Homsy R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*. 1993; 25:465-470.
133. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. 2010; 29: 766-772.
134. Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Stewart J et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*. 1999; 49:705-710.
135. Scott IA, Heath K, Harper C Clough A. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003; 15:155-161.
136. Regueiro CR, Hamel MB, Davis RB, Desbiens N, Connors Jr AF, Phillips RS. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. *American Journal of Medicine*. 1998; 105:366-372.
137. McAlister FA, Majumdar SR, Eurich DT, Johnson JA. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24.232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care*. 2007; 16:6-11.
138. Greenfield S, Rogers W, Mangotich M, Carney MF, Tarlov AR. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. *JAMA*. 1995; 274:1436-1444.
139. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoaroen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatients departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Sciences*. 2005; 14:3.
140. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*. 2004 (Suppl. Web exclusive); W4:184-197.
141. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary care health services on middle and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; 2:CD003318.
142. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*. 2006; 11:81-89.
143. Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. European Series n° 72; 1997.
144. World Health Organization. The European Health Report 2002. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.
145. Doescher MP, Franks P, Saver BG. Is family medicine associated with reduced health care expenditures? *Journal of Family Practice*. 49:608-614.

146. Relnoij DMJ, Van Merode G, Paulus A, Groeneweger PP. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditures? *Journal of Health Services Research and Policy*. 2000; 5:22-26.
147. Brown L, Tucker C, Domokos T. *Health and Social Care in the Community*. 2003; 11:85-94.
148. Faulkner A, Mills N, Baiton D, Baxter K, Kinnessley P, Peters TJ, Sharps D. A systematic review of the effect of primary care-based services on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *British Journal of General Practice*. 2003; 53:878-884.
149. Murchie P, Campbell NC, Ritchie CD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *British Medical Journal*. 2003; 326:84-90.
150. Oakeshott P, Kerry S, Austin A, Cappucio F. Is there a role for nurse-led blood pressure management in primary care? *Family Practice*. 2003; 20:469-473.
151. Vlek JFM, Vierhout WPM, Knottnerus JA, Schmitz JF, Winter J, Wesseling-Megens HMK, Crebolder HFJM. A randomized controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *British Journal of General Practice*. 2003; 53: 108-112.
152. Campbell NC. Secondary prevention clinics: improving quality of life and outcome. *Heart (Supplement 4)*. 2004; 90:29-32.
153. Rat AC, Henegariu V, Boissier MC. Do primary care physicians have a place in management of rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine*. 2004; 71: 190-197.
154. Wolters R, Wensing M, Klomp M, Grol R. Shared care and the management of lower urinary tract symptoms. *BJU International*. 2004; 94: 1287-1290.
155. Bodenheimer T, Grumbach K. *Improving chronic care: strategies and tools for a better practice*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill. 2007.
156. Grumbach K, Selby JV, Damberg C, Bindman AB, Quesenberry C, Truman A, Uratsu C. Resolving the gatekeeper conundrum. *JAMA*. 1999; 282:261-266.
157. Parchman ML, Pugh JA, Noel PH, Hitchcock L, Anne C. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Medical Care*. 2002; 40:137-144.
158. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Annals of Family Medicine*. 2005; 3: 159-166.
159. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice*. 1998; 47: 213-220.
160. Stewart AL, Grumbach K, Osmond DH, Vranizan K, Komaromy M, Bindman AB. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*. 1998; 279: 1364-1370.
161. Starfield B. Deconstructing primary care. In: Showstack J, Rothman AA, Hassmiller (Editors). *The future of primary care*. San Francisco: CA Jossey-Bass; 2004.
162. De Maeseneer JH, Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of Family Medicine*. 2003; 1:144-148.

163. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA*. 1992; 267:1624-1630.
164. Welch WP, Miller ME, Welch HG, Fisher ES, Wennberg JE. Geographic variation in expenditures for physician's services in the United States. *New England Journal of Medicine*. 1993; 328:621-627.
165. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: The content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*. 2003; 138:273-287.
166. Fisher ES. Medical care: is more always better? *New England Journal of Medicine*. 2003; 349:1665-1667.
167. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas aos riscos de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2010; 19: 61-75.
168. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Van der Zee J, Peter P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* [periódico na internet]. 2010; 10:65 [acesso em 2 de fevereiro de 2011]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65>
169. Moore GT. Primary care in crisis. In: Showstack J, Rothman AA, Hassmiller (Editors). *The future of primary care*. San Francisco: CA Jossey-Bass; 2004.
170. Saltman RB. Drawing the strands together: primary care in perspectives. In: Saltman RS, Rico A, Boerma W (Editors). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies/Nuffield Trust. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill; 2006.
171. Grumbach K, Bodenheimer T. A primary care home for Americans: putting the house in order. *JAMA*. 2002; 288: 889-893.
172. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *JAMA*. 2003; 289:442-449.
173. Morrison I, Smith R. Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care. *British Medical Journal*. 2000; 321: 1541-1542.
174. Whitcomb ME, Cohen JJ. The future of primary care medicine. *New England Journal of Medicine*. 2004; 351:710-712.
175. St. Peter RF, Reed MC, Kemper P, Blumenthal D. Changes in the scope of care provided by primary care physicians. *New England Journal of Medicine*. 1999; 341:1980-1985.
176. Safran DG. Defining the future of primary care: what can we learn from patients? *Annals of Internal Medicine*. 2003; 138:248-255.
177. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by U.S. medical students. *JAMA*. 2003; 290: 1173-1178.
178. Rafaw S. *Family medicine: the UK experience, solid undergraduated learning, strong postgraduate training, equitable community-based infrastructures*. London: Wandsworth Public Health; 2007.

179. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Sistema de indicadores de percepção social, saúde. Brasília: IPEA; 2011.
180. Merhy EE. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Ed. Hucitec; 1992.
181. Abath GM. Medicina familiar no Brasil. *Educación Médica y Salud*. 1985; 19:48-73.
182. Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber JB, Nemes MIB, Gonçalves RBM (Organizadores). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Ed. Hucitec; 1996.
183. Motta MC. O programa médico de família de Niterói: avaliação da assistência pré-natal na Região Oceânica. *Revista APS*. 2005; 8:118-122.
184. Campos GWS. Desafios para novos modelos de gestão: prioridade é fortalecer a rede básica. *Temas*. 1997; 15:23.
185. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 1997.
186. Statistics Canada. *Health in Canada*. 2009 [acesso em 12 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca>.
187. Ministério da Saúde/Diretoria de Atenção Básica. *Números da saúde da família*. 2011. [acesso em 10 de janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>.
188. Bodenheimer T, Laing, BY. The teamlet model of primary care. *Annals of Family Medicine*. 2007; 5: 457-461, 2007.
189. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante: Universidad de Alicante/ Departamento de Salud Pública; 2004.
190. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*. 2004; 19: 303-317.
191. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 11: 633-641.
192. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 669-681.
193. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALD. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 683-704.
194. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60: 13-19.
195. Van Stralen C, Belisario SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com

- e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24: s148-s158.
196. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
 197. Marty IK. O uso de ferramentas e tecnologias de gestão no planejamento e na gestão por resultados dentro da APS [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
 198. Reis MC. Public primary care and child health in Brazil: evidence from siblings. Foz do Iguaçu: Trabalho apresentado no 31º Congresso Brasileiro de Econometria, 8 a 11 de dezembro de 2009.
 199. Ministério da Saúde. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2006.
 200. Rocha R. Três ensaios de intervenções sociais com foco comunitário e familiar. 2009 [acesso em 10 de setembro de 2010]. Disponível em: www.econ.puc-rio.br.
 201. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14:783-794.
 202. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização de serviços, padrões de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE/Ministério da Saúde; 2010.
 203. Silva VHMC, Sales R, Aragão K, Cavalcante AL. Uma avaliação econômica do programa saúde da família sobre a taxa de mortalidade infantil no Ceará. Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, Texto para Discussão nº 86; 2010.
 204. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American Journal of Public Health*. 2009; 99: 87-93.
 205. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended death in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 12 de fevereiro de 2011]; 10: 388. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/380>.
 206. Szwarcwald CL. Strategies for improving the monitoring of vital events in Brazil. *International Journal of Epidemiology*. 2008; 37: 738-744.
 207. Barreto IC, Pontes LK, Correa L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2000; 7: 303-312.
 208. Frias PG, Vidal SA, Pereira PMH, Lira PIC, Vanderlei LC. Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005; 5: s43-51.

209. Rasella D, Aquino A, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 14 de fevereiro de 2011]; 126: e000. Disponível em <http://www.pediatrics.org>.
210. Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados em Minas Gerais. Belo Horizonte: Departamento de Demografia/Cedeplar/FACE/UFMG; 2006.
211. Junqueira MG. Regulamentação da Emenda 29: financiamento da saúde, em busca de soluções. Belo Horizonte: COSEMS de Minas Gerais; 2011.
212. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*. 2010; 12:2149-2160.
213. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Munies LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning* [periódico na internet]. 2011; 1-8. doi:10.1093/heapol/czr043.
214. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
215. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMCO, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de atenção primária de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2009; 4: 270-276.
216. Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG. Monitoramento de resultados, desempenho e satisfação dos usuários da Estratégia de Saúde da Família, um estudo de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Saúde da família: desafios e perspectivas a partir da experiência de Belo Horizonte; 2011 [acesso em 17 de maio de 2011]. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/estudoBh.pdf>
217. Mendonça CS. Sistema Único de Saúde: um sistema orientado pela atenção primária. In: Organização Pan-Americana da Saúde. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras*. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS; 2011.
218. Guanais FC. Health equity in Brazil. *British Medical Journal* [periódico na internet]. 2010; 341: c6542.
219. Wehrmeister FC, Peres KGA. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2010; 26: 1839-1852.
220. Morris SS, Olinto P, Flores R, Nilson EA, Figueiró AC. Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in northeast Brazil. *J. Nutr*. 2004; 134: 2336-2341.
221. Travassos C. Medição e monitoramento das iniquidades em saúde: PNAD 2008. Rio de Janeiro: Seminário preparatório da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, ENSP/Fiocruz; 2011.

222. Andrade MV, Noronha K, Menezes R, Barros C, Nepomuceno M, Martins D, Gomes L. Equidade em saúde no estado de Minas Gerais 1998-2008: um estudo comparativo das Pesquisas Nacionais de Amostras Domiciliares. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 2011.
223. Harrys M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *British Medical Journal*. Editorial [periódico na internet]. 2010 [acesso em 10 de janeiro de 2011]; 341:c4945. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4945.extract>.
224. Macinko J. Estratégia de Saúde da Família: acesso, utilização e impacto na saúde dos brasileiros. Brasília: Oficina da Rede de Pesquisa Brasileira em APS; 2011.
225. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2011.
226. Barbosa ACQ. Saúde da família no Brasil: situação atual e perspectivas, estudo amostral 2008. Belo Horizonte: FACE/UFMG; 2010.
227. Comitê de Assuntos Estratégicos da SESMG. As redes de atenção à saúde em Minas Gerais e o sistema de apoio diagnóstico. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006.
228. Núcleo de Sistemas e Serviços de Saúde. A patologia clínica na microrregião do Alto Rio Grande. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 1998.
229. Departamento de Propedêutica Complementar. Assistência em patologia clínica. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2007.
230. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Política Estadual de Apoio Diagnóstico. Belo Horizonte: Diretoria de Sistema Logístico e Apoio às Redes/SRAS/SPAS/SESMG; 2011.
231. Barbosa ACQ (Coordenador). Gestores de unidades básicas de saúde e práticas de gestão: retrato censitário de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG; 2009.
232. Barbosa ACQ, Rodrigues JM (Organizadores). 1º Censo de recursos humanos da atenção primária do estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG; 2006.
233. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
234. Raupp B. Estudo da cultura organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho: relatório de pesquisa. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa/Serviço de Saúde Comunitária; 2006.
235. Loch S. Tornar-se gerente: a experiência vivida por médicos de família e da comunidade ao assumirem a gerência de unidades básicas de saúde [tese de doutorado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
236. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002.
237. Mamede S. Os modelos tradicionais para a educação continuada e seus resultados. Fortaleza: Instituto Innovare; 2005.
238. World Health Organization. World Health Statistics, 2011. Geneva: WHO; 2011.

239. Luiz VR. Os gastos do Ministério da Saúde, 2008 e 2009. Brasília: Nota técnica do CONASS; 2010.
240. Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. A atenção primária à saúde no Brasil: panorama histórico e perspectivas. Águas de Lindóia: III Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade; 2010.
241. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. A atenção básica que queremos. Brasília: CONASEMS; 2011.
242. Schincariol I. Redes de saúde são apontadas como eficiente arranjo organizacional. Informativo ENSP. 22 de março de 2011 [acesso em 30 de março de 2011]. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/?origem=1&matid=24437>
243. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011.
244. Prometheus Payment. Waste in US health care spending: potentially avoidable complications, chronic condition care. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2009.
245. Minich-Pourshadi K. Process improvements cur fat, beef up quality. Health Leaders Media [periódico na internet]. 2011 [acesso em 28 de junho de 2011]; April 26; Disponível em <http://www.healthleadersmedia.com>
246. Gérvas J, Fernández MP. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na atenção primária no Brasil. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2011.
247. Albuquerque HC, Mendes EV. Las redes de atención a la salud en Janaúba, Minas Gerais, Brasil: el caso de la red Viva Vida. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na Internet]. 2009 [acesso em 18 maio de 2009]; Vol.1: ISS. 2, Article 7. Disponível em: <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss2/7/>
248. Leles FAG, Lima HO, Lima, MF, Alkmim MBM. O projeto TeleMinas Saúde: ampliando o acesso aos serviços e à rede de atenção à saúde. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HO. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
249. Freez LF. Rede de assistência laboratorial no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2008.
250. Ito TS, Schneider AL. O sistema de patologia clínica de Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2008.
251. Gomes CAP, Fonseca AL, Rosa MB, Machado MC, Fassy MF, Silva RMC. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte: Ed. FUNED; 2010.
252. Organização Pan-Americana da Saúde. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
253. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Programação das ações estratégicas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011/2014. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
254. Greco, C. Regulação do sistema de saúde na Região do Lazio na Itália. Brasília; Seminário sobre regulação pela atenção primária à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

255. Dudley RA. Pay for performance: a decision guide for purchasers. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006.
256. Savas S, Sheiman I, Tragakes E, Maarse H. Contracting models and provider competition. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C (Editors). Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998.
257. Harzheim E. A atenção primária à saúde e as redes integradas de atenção à saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS; 2011.
258. Lemos, N. Sugestões para gestores municipais agirem ativamente no processo de implementação da atenção primária em saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS; 2011.
259. Campos VF. Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia. 8ª edição. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda; 2004.
260. Lima HO, Queiroga RM, Utsch MQ. Gestão por processos. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HO. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
261. Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família: documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
262. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina. Acreditação. 2010 [acesso em 16 de março de 2011]. Disponível em <http://www.aps.santamarcelina.org/aps/acreditacao-certificados.asp>
263. Frenk J, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P et al. The professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010; 376: 1923-1958.
264. Schimpff SC. The future of medicine: megatrends in health care that will improve your quality of life. Nashville: Thomas Nelson; 2007.
265. Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo/Residência Médica. Estado financia residência, mas regula pouco a oferta de profissionais. s/data [acesso em 20 de março de 2011]. Disponível em http://www.obervarhsp.org.br/Residencia_Medica.pdf
266. World Bank. Enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. Brasília: Brazil Country Management Unit, World Bank, Report nº 35691-BR; 2006.
267. Fundação Estatal Saúde da Família. Gestão do trabalho. 2011 [acesso em 23 de março de 2011]. Disponível em <http://fefssus.ba.gov.br>
268. Barbosa ACQ, Perpétuo IHO, Andrade J, Rodrigues JM, Silva NC, Rodrigues RB et al. Consórcio público de carreira profissional em saúde para estratégia saúde da família: simulação técnico-financeira. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde; 2009.
269. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de classificação de risco. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.

270. Cordeiro Júnior W. A gestão de risco na urgência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2008.
271. Windle J, Mackway-Jones K. Validity of triage systems: use a correct outcome measure. *Emergency Internal Medicine*. 2003; 20: 119-120.
272. Lyons M, Brown R, Wears R. Factors that affect the flow of patients through triage. *Emergency Medicine Journal*. 2007; 24: 78-85.
273. Subbe CP, Slater A, Menon D, Gemell L. Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 2006; 23: 841-845.
274. Matias C, Oliveira R, Duarte R, Bico P, Mendonça C, Nuno L et al. Triage de Manchester nas síndromes coronarianas agudas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2008; 27: 205-216.
275. Roukema J, Steyerberg EW, van Meurs A, Ruige M, van der Lei J, Moll HA. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emergency Medicine Journal*. 2006; 23: 906-910.
276. Lima HO, Oliveira BR, Campos LI, Cunha TL. O Pro-Hosp no contexto do choque de gestão na saúde em Minas Gerais: resultados e desafios. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HO. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
277. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America. Washington: World Bank, Technical Department for the Latin America and Caribbean Region, s/ data.
278. Emanuel E. Political problems. *Boston Review*. 2000; 3: 2414- 2515.
279. Iturriaga MV. Chile. In: Ramos S, Vinocur P. Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado. Buenos Aires: CEDES/FLACSO; 2000.
280. Carvalho G. Ponto Zero. Campinas: IDISA/Domingueira de 27 de novembro de 2011; 2011.
281. Savassi L. Financiar é diferente de incentivar. 2011 [acesso em 21 de junho de 2011]. Disponível em <http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/06/06/financiar-e-diferente-de-incentivar>
282. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2011.
283. Schneider FS, Lima HO, Leles FAG, Matos MAB, Elias WF. Saúde em Casa: atenção primária à saúde. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HOL. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
284. Department of Health. Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds: COI/Department of Health; 2005.
285. Strong L. A strategy for long term conditions in Mid Sussex. Sussex: NHS; 2005.
286. Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* [periódicos na Internet]. 2008 [acesso em 18 maio de 2009]; Vol.1: ISS. 1, Article 5. Disponível em: <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss1/5/>
287. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier; 2007.

288. Improving Chronic Illness Care. The chronic care model; 2010 [acesso em 24 de abril de 2010]. Disponível em www.improvingchroniccare.org.
289. Rand Health. Improving chronic illness care evaluation: Rand Health Project; 2008 [acesso em 26 de setembro de 2009]. Disponível em <http://www.rand.org/health/projects>.
290. Nelson K, Garcia RE, Brown J, Mangione CM, Louis TA, Keller E, Cretin S. Do patient consent provisions affect participation rates in quality improvement studies: data from the improving chronic illness care evaluation. *Medical Care*. 2002; 40: 283-288.
291. Cretin S, Shortell SM, Keeler EB. An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care: framework and study design. *Evaluation Review*. 2004; 28: 28-51.
292. Asch SM, Baker DW, Keesey JW, Broder M, Schonlau M, Rosen M. et al. Does the collaborative model improve care for chronic heart failure? *Medical Care*. 2005; 43: 667-675.
293. Baker DW, Asch SM, Keesey JW, Brown JA, Chan KS, Joyce G, Keeler EB. Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation. *J. Card. Fail.* 2005; 11: 405-413.
294. Chan KS, Mangione-Smith R, Burwinkle TM, Rosen M, Varni JW. The PedsQL: Reliability and validity of the short-form generic core scales and asthma module. *Medical Care*. 2005; 43: 256-265.
295. Lin M, Marsteller JA, Shortell S, Mendel P, Pearson ML, Rosen M, Wu S. Motivation to improve chronic disease care in three quality improvement collaboratives. *Health Care Manage Rev*. 2005; 30: 139-156.
296. Schonlau M, Mangione-Smith R, Rosen M, Louis TM, Cretin S, Keeler E. An evaluation of an adult asthma BTS collaborative and the effect of patient self-management. *Annals of Family Medicine*. 2005; 3: 200-208.
297. Mangione-Smith R, Schonlau M, Chan KS, Keesey JW, Rosen M, Louis TA, Keeler ED. Measuring the effectiveness of a collaborative for quality improvement in pediatric asthma care: does implementing the chronic care model improve processes and outcomes of care? *Ambulatory Pediatrics*. 2005; 5: 75-82.
298. Shortell SM, Marsteller JA, Lin M, Pearson ML, Wu SY, Mendel P et al. The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Medical Care*. 2004; 42: 1040-1048.
299. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve chronic illness care. *American Journal of Managed Care*. 2005; 11: 478-488.
300. Meredith LS, Mendel P, Pearson L, Wu SY, Joyce GF, Straus JB et al. Implementation and maintenance of quality improvement for treating depression in primary care. *Psychiatric Services*. 2006; 57: 48-55.
301. Vargas RB, Mangione CM, Asch S, Keesey J, Rosen M, Schonlau M, Keeler EB. Can a chronic care model collaborative reduce heart disease risk in patients with diabetes? *J. Gen. Intern. Med.* 2007; 22: 215-222.
302. McCulloch DK, Price MJ, Hindmarsh M, Wagner E. A population-based approach to diabetes management in a primary care setting : early results and lessons learned. *Eff. Clin. Pract.* 1998; 1: 12-22.

303. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002; 288: 1775-1779.
304. Endicott L, Corselo P, Prinzi M, Tinkelman DG, Schwartz A. Operating a sustainable disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincotts Case Manag*. 2003; 8: 252-262.
305. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney CD, Reid RJ, Greene MS. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Med. Care*. 2005; 43: 436-444.
306. Dorr DA, Wilcox A, Burns C, Bruncker CP, Narus SP, Calyton PD. Implementing a multidisease chronic care model in primary care using people and technology. *Dis. Manag*. 2006; 9:1-15.
307. Harris MF & Zwar NA. Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. *Med. J. Aust*. 2007; 16: 104-107.
308. Lozano P, Finkelstein JA, Carey VJ, Wagner EH, Inui TS, Fuhlbrigge AL et al. A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the pediatric asthma care patient outcomes research team II study. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*. 2004; 158:875-883.
309. Battersby MW and SA Health Plus Team. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. *British Medical Journal*. 2005; 330:662-665.
310. Bauer MS, McBride L, Williford WD, Glick H, Kinosian B, Altshuler L. et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II, Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr. Serv*. 2006; 57:937-945.
311. Harwell TS, McDowall JM, Gohdes H, Hengerson SD. Measuring and improving preventive care for patients with diabetes in primary health centers. *Am. J. Med. Qual*. 2002; 17:179-184.
312. Chin MH, Cook S, Drum ML, Jin L, Guillen M, Humikowsky CA et al. Improving diabetes care in Midwest Community health centers with the Health Disparities Collaborative. *Diabetes Care*. 2004; 27:2-8.
313. Daniel DM, Norman J, Davis C, Lee H, Hindmarsh MF, McCulloch DK et al. A state-level application of the chronic illness breakthrough series: results from two collaboratives on diabetes in Washington State. *Jt.Comm.J.Qual.Saf*. 2004; 30:69-79.
314. Landon BE, Wilson IB, McInnes K, Landrum MB, Hirschhorn L, Marsden PV et al. Effects of quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: the EQHIV study. *Ann.Intern. Med*. 2004; 140:887-896.
315. Sperl-Hillen JM, Solberg LI, Hroschikoski MC, Crain AL, Engebretson KI, O'Connor PJ. Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? *Jt Comm J Qual Saf*. 2004; 30:303-309.
316. Wang A, Wolf M, Carlyle R, Wilkerson J, Porterfield D, Reaves J. The North Carolina experience with diabetes health disparities collaboratives. *Jt.Comm.J.Qual.Saf*. 2004; 30:396-404.
317. Stroebel RJ, Gloor B., Freytag S., Riegert-Johnson D., Smith SA, Huschka T et al. Adapting the chronic care model to treat chronic illness at a free medical clinic. *J Health Care Poor Underserved*. 2005; 16, 286-296.

318. Landis S, Schwarz M, Curran D. North Carolina family medicine residency programs' diabetes learning collaborative. *Fam Med*. 2006; 38:190-195.
319. Nutting PA, Dickinson WP, Dickinson LM, Candace CC, King DK, Crabtree BF, Glasgow RE. Use of Chronic Care Model Elements Is Associated With Higher-Quality Care for Diabetes. *Annals of Family Medicine*. 2007; 5:14-20.
320. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003; 289:3145-3152.
321. Lieu TA, Finkelstein JA, Lozano P, Capra AM, Chi FW, Jensvold N et al. Cultural competence policies and other predictors of asthma care quality for Medicaid-insured children. *Pediatrics*. 2004; 114:102-110.
322. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2005; 17:141-146.
323. Fleming B, Silver A, Ocepek-Welikson K, Keller D. The relationship between organizational systems and clinical quality in diabetes care. *Am. J. Manag. Care*. 2004; 10:934-944.
324. Li R, Simon J, Bodenheimer T, Gillies RR, Casalino L, Schmittiel J, Shortell SM. Organizational factors affecting the adoption of diabetes care management processes in physician organizations. *Diabetes Care*. 2004; 27:2312-2316.
325. Hung DY, Rundall TG, Crabtree BF, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA. Influence of primary care practice and provider attributes on preventive service delivery. *Am J Prev Med*. 2006; 30:413-422.
326. Schmittiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Ann. Fam. Med*. 2006; 4:117-123.
327. Gilmer TP & O'Connor PJ. Cost effectiveness of diabetes mellitus management programs: a health plan perspective. *Disease Management & Health Outcomes*. 2003; 11:439-453.
328. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J. Return on investment in disease management: a review. *Health Care Finance Rev*. 2005; 26:1-19.
329. Gilmer TP, O'Connor PJ, Rush WA, Crain AL, Whitebird RR, Hanson AM, Solberg LI. Impact of office systems and improvement strategies on costs of care for adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29:1242-1248.
330. Vanderbilt Medical Center. Medical care in driver's seat: re-configured relationships in an academic setting. In: Schoeni PQ. *Curing the system: stories of change in chronic illness care*. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement; 2002.
331. Ministry of Health. A framework for a provincial chronic disease prevention initiative. British Columbia, Population health and wellness. Victoria: Ministry of Health Planning; 2003.
332. Government of British Columbia. British Columbia expanded chronic care model; 2008 [acesso em 13 de outubro de 2009]. Disponível em: <http://www.health.gov.bc.ca>.
333. Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J et al. Towards health care integration: the proposal of an evidence and management system-based model. *Med. Clin*. 1999; 112:97-105.

334. Ministry of Health. Value for money in the health system. Wellington: Ministry of Health; 2005.
335. Frohlich A, Jorgesen J. Improving care in patients with chronic conditions. 2007 [acesso em 27 de junho de 2007]. Disponível em <http://www.integratedcarenetwork.org/publish/articles/000045.htm>
336. Temmink D, Hutten JBF, Francke AL, Rasker JJ, Abu-Saad HH, van der Zee J. Rheumatology outpatient nurse clinics: a valuable addition? *Arthritis Rheum*. 2001; 45: 280-286.
337. Chea J. Chronic disease management: a Singapore perspective. *British Medical Journal*. 2001; 323: 990-993.
338. Singh D, Ham C. Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham: Institute of Innovation and Improvement of University of Birmingham; 2006.
339. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Laboratório de inovações na atenção às condições crônicas na APS. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2010.
340. Centro de Pesquisas em Avaliação em Atenção Primária à Saúde. Educação permanente em hipertensão e diabetes na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Gerência de ensino e pesquisa e gerência de saúde comunitária/Grupo Hospitalar Conceição; 2011.
341. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidados: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
342. Ministério da Saúde. Educação em Saúde para o Auto-cuidado, Avaliação contínua da Qualidade da Atenção ao Diabetes. 2011 [acesso em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.qualidia.com.br>.
343. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
344. Schoeni PQ (Editor). Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement; 2002.
345. Wagner EH. The changing face of chronic disease care. In: Schoeni PQ (Editor). Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement; 2002.
346. Health Disparities Collaboratives. Training manual, changing practice, changing lives. Alabama: Institute for Healthcare Improvement; 2004.
347. Ham C. Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
348. Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999; 77: 77-110.
349. Brock C. Self care: a real choice; 2005 [acesso em 15 de janeiro de 2009]. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/SelfCare>
350. Fireman B, Bartlett J, Selby J. Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Affairs*. 2004; 23: 63-75.

351. United Healthcare. NHS Modernization Agency; 2004 [acesso em 17 de junho de 2009]. Disponível em: <http://www.natpact.nhs.uk/cms/4.php>.
352. Wallace PJ. Physician involvement in disease management as part of the CCM. *Health Care Financ. Rev.* 2005; 27:19-31.
353. Porter M. *Population care and chronic condition: management at Kaiser Permanente*. Oakland: Kaiser Permanente; 2007.
354. Parker H. *Making the shift: review of NHS experience*. Coventry: Institute for Innovation and Improvement; 2006.
355. Ham C. *Learning from Kaiser Permanente: a progress report*. London: Department of Health; 2003.
356. Kellogg MA. *Kaiser Permanente: mechanisms for promoting integration and primary care*. Ouro Preto: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais; 2007.
357. Feachem GA, Sekhri NK, White KL, Dixon J, Berwick DM, Enthoven AC. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal.* 2002; 324:135-143.
358. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and US Medicare programme: analysis of routine data. *British Medical Journal.* 2003; 327:1257-1259.
359. Frolich A, Schiotz ML, Strandberg-Larsen M, Hsu J, Krasnic A, Diderichsen F. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research.* 2008; 8: 252, 2008.
360. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. *Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabete*. Belo Horizonte: SAS/SAPS/SESMG; 2007.
361. Carl-Arty D, Singh D, Jiwani I. The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M (Editors). *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives*. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education; 2008.
362. Stanley E. *Managing chronic disease: what can we learn from US experience?* London: King Fund; 2004.
363. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 1993; 342: 1032-1036.
364. Fagerberg B, Claesson L, Gosman-Hedström G, Blomstrand C. Effect of acute stroke unit care integrated with care continuum versus conventional treatment: a randomized 1 year study of elderly patients. The Goteborg 70+ Stroke Study. *Stroke.* 2000; 31: 2578-2584.
365. Conn VC, Valentine JC, Cooper HM. Interventions to increase physical activity among aging adults: a meta-analysis. *Ann.Behav.Med.* 2002; 24:190-200.
366. Parker H. *Making a shift: a review of NHS experience*. Birmingham: Institute for Innovation and Improvement, University of Birmingham; 2006.
367. Mukamel D, Chou C, Zimmer JG, Rothenberg BM. The effect of accurate patient screening on the cost-effectiveness of case management programs. *Gerontologist.* 1997; 37: 777-784.

368. Rich MW, Nease, RF. Cost-effectiveness analysis in clinical practice: the case of heart failure. *Arch. Inter. Med.* 1999; 159:1690-1700.
369. Hickey ML, Cook EF, Rossi LP, Connor J, Dutkiewicz SM, Hassan SM et al. Effect of case managers with a general medical patient population. *J. Eval. Clinical Practice.* 2000; 6: 23-29.
370. Birmingham and Black County Strategic Health Authority. Reducing unplanned hospital admissions: what does the literature tell us? Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
371. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on social determinants of health. Geneva: WHO, Discussion paper, Draft; 2007.
372. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
373. Marmor M. Health in an unequal world. *Lancet.* 2006; 368: 2081-2094.
374. Viacava F, Laguardia J, Ugá MA, Porto SM, Moreira RS, Barros HS, Silva HS. PROADESS Avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento, relatório final. Rio de Janeiro: LIS/CICT/Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
375. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
376. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41: 139-149.
377. Comissão sobre Macroeconomia e Saúde. Investir em saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2003.
378. Norwegian Directorate of Health. Health creates welfare: the role of the health system in Norwegian society. Oslo: Directorate of Health; 2008.
379. Surhcke M, Rocco L, McKee M. Health a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
380. Public Health Agency of Canada. Crossing sectors: experiences in intersectoral action, public policy and health. Ottawa: Minister of Health; 2007.
381. Rojas E (Editor). Construir ciudades: mejoramiento de barrios y calidad de vida urbana. Washington: Fondo de Cultura Económica/Inter-American Development Bank; 2009.
382. Harris A, Hastings N. Working the system: creating a state of wellbeing. Edinburgh: Scottish Council Foundation; 2006.
383. Berk ML, Monheit AC. The concentration of health expenditures: an update. *Health Affairs.* 1992; 11: 145-149.
384. The Dartmouth Institute. Clinical microsystem action guide: improving health care by improving your microsystem. 2011 [acesso em 23 de junho de 2011]. Disponível em <http://www.clinical-microsystem.org/toolkit>
385. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1994.
386. Hopenhayn M. Cohesión social: una perspectiva en proceso de elaboración. Ciudad de Panamá: Cepal/Seminário Internacional Cohesión Social en América Latina y Caribe; 2006.

387. Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *Am.J.Sociol.* 1988; 94: S95-S120.
388. Baquero M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Rev.Sociol.Polít.* 2003; 21: 83-108.
389. Mladovcki P, Mossialos E. A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: social capital and economic development. London: London School of Economics and Political Science; 2006.
390. Scott C, Hofmeyer A. Networks and social capital: a relational approach to primary care reform. *Health Research Policy and Systems.* 2007; 5: 9.
391. Figueras J, McKee M, Lessof S, Duran A, Menabde N. Health systems, health and wealth: assessing the case for inverting in health systems. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
392. Health Nexus and Ontario Chronic Disease Prevention Alliance. Primer to action: social determinants of health. Toronto: Health Nexus/OCDPA; 2008.
393. Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília: Unidade de Gerenciamento do Brasil, Relatório nº 32576-BR; 2005.
394. Sichieri R, Siqueira KS, Pereira RS, Ascherio A. Short stature and hypertension in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *American Journal of Public Health.* 2000; 89: 845-850.
395. Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MT et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2007; 88: 59-65.
396. Lessa I, Magalhães L, Araujo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2006; 87: 747-756.
397. Neri MC. Trata Brasil: saneamento e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 2007.
398. Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem.* 2005; 13: 364-373.
399. Porto LA, Carvalho FM, Oliveira NF, Silvany Neto AM, Araujo TM, Reis EJFB, Delcor NS. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Revista de Saúde Pública.* 2006; 40: 818-826.
400. Farhat SCL, Paulo RLP, Shimoda TM, Conceição GMS, Lin J, Braga ALF et al. Effects of air pollution on pediatric respiratory emergency room visits and hospital admissions. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research.* 2005; 227-235.
401. Martins LC, Pereira LAA, Lin CA, Prioli G, Luiz OC, Saldiva PHN et al. The effects of air pollution on cardiovascular diseases: lag structures. *Revista de Saúde Pública.* 2006; 677-683.
402. Almeida AC. A cabeça dos brasileiros. Rio de Janeiro: Ed. Record; 2005.
403. Jackson N, Waters E. Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions taskforce: the challenges of systematically reviewing public health interventions. *J.Public Health.* 2004; 26: 303-307.

404. Armstrong R, Waters E, Jackson N, Oliver J, Popay J, Shepherd J. Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions. Version 2. Melbourne: Melbourne University; 2007.
405. Bonnefoy J, Morgan A, Kelly MP, Butt J, Bergman V. Constructing the evidence base of social determinants of health: a guide. Universidad del Desarrollo/National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
406. Ministry of Social Affairs and Health. National action plan to reduce health inequalities, 2008/2011. Helsinki: Helsinki University Print; 2008.
407. Haque N, Moriarty E, Anderson E. Communities voices: through a community based initiative on social determinants of health. St. James: Esley Institute; 2008.
408. Ministério da Saúde. Cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: SVS/SAS/SE/INCA, ANS/MS; 2008.
409. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: SVS/SAS/MS. Série Pactos pela Saúde, Volume 7; 2006.
410. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
411. Novotny TE. Preventing chronic disease: everybody's business. In: Nolte E & McKee M (Editors). Caring People with chronic conditions: a health systems perspectives. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press; 2008.
412. European Commission. Eurodiet core report. Heraklion: European Commission and the University of Crete School of Medicine; 2000.
413. World Health Organization and World Economic Forum. Preventing noncommunicable diseases in workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event. Geneva: World Health Organization; 2008.
414. McGinnis J, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *New England Journal of Medicine*. 1993; 270: 2207-2212.
415. Instituto Nacional do Câncer. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA/Ministério da Saúde; 2006.
416. Bengoa R. Empatanados. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* [periódicos na Internet] 2008 [acesso em 31 de julho de 2010]; Vol.1, Iss 1, Artículo 8. Disponível em <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss1/8>.
417. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291: 1238-1245.
418. Mismetti D. Médicos do INCOR estudam criar centro de prevenção do infarto. Entrevista com o Dr. Roberto Kalil. *Folha de São Paulo*, 27 de setembro de 2011 [acesso em 29 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br>
419. Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risks, and cumulative disability. *N. Engl. J. Med*. 1998; 338: 1035-1041.
420. Fries JF, Koop CE, Soklov J, Beadle CE, Wright D. Beyond health promotion: reducing need and demand for medical care. *Health Affairs*. 1998; 17: 70-84.

421. Puska P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Salomaa J, Nissinen A. Changes in premature deaths in Finland: successful long term prevention of cardiovascular diseases. *Bul. of World Health Organization*. 2002; 76: 419-425.
422. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
423. Kaiser Permanente. Cultivating health: everyday fitness kit. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2005.
424. Kaiser Permanente. Cultivating health: managing stress kit. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2007.
425. Kaiser Permanente. Cultivating health: freedom from tobacco kit. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2008.
426. Kaiser Permanente. Cultivating health: weight management kit. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2008.
427. Barker DJP, Forsen T, Uutela A, Osmond C, Eriksson JG. Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. *British Medical Journal*. 2001; 323:1273-1276.
428. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: World Health Organization; 2003.
429. van Dam HA, van der Horst F, van den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes, a systematic review. *Patient Educ. Couns.* 2003; 51: 17-28.
430. Hoffman I, Groeneveld MJ, Boeing H, Koebnick C, Golf S, Katz N, Leitzmann C. Giessen wholesome nutrition study: relation between a health-conscious diet and blood lipids. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2001; 55: 887-895.
431. Frankel S, Gunnell DJ, Peters TJ, Maynard M, Smith GD. Childhood energy intake and adult mortality from cancer: the boyd or cohort study. *British Medical Journal*. 1998; 316: 499-504.
432. Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, Lynch JW, Yanick CS, Kuh D, Yach D. Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: key issues and implications for policy and research. Geneva: World Health Organization; 2002.
433. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: SGEP/SVS/Ministério da Saúde; 2011.
434. Mendonça DRB. A importância da educação nutricional. 2006 [acesso em 16 de janeiro de 2011] Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/alimentos/181-a-importancia-da-educacao-nutricional>.
435. Castro IRR, Souza TSN, Maldonado LA, Canindé ES, Rotenberg S, Gugelmin SA. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e profissionais das redes de saúde e de educação. *Rev. Nutr.* 2007; 20: 571-588.
436. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev. Nutr.* 1999; 12: 261-272.

437. Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18: 1367-1377.
438. Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na rede básica de saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Rev. Nutr.* 2006; 19: 413-424.
439. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde*. 2008; 1: 33-42.
440. Vasconcelos ACCP, Pereira IDF, Cruz PJSC. Práticas educativas em nutrição na atenção básica em saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa, Paraíba. *Rev. APS*. 2008; 11: 334-340.
441. Malta MB, Mayer LS, Fukuju MM, Dias LCGD. Educação nutricional na atenção básica de saúde: relato de experiência. *Rev. Simbio-Logias*. 2008; 1: 1-8.
442. Lima MR, Bittencourt LJ. A educação alimentar e nutricional como estratégia de empoderamento de uma comunidade em Salvador, BA. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
443. Rangel ACS, Gomes L, Araujo R. Educação nutricional nas escolas como estratégia de fortalecimento da intersetorialidade. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
444. Galati GC, Garcia RWD. Groen: Programa de educação nutricional como técnica de grupo operativo para rever valores e práticas alimentares para mulheres hipertensas assistidas em um programa de saúde da família da cidade de Ribeirão Preto, SP. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
445. Borges FM, Lima LA, Escobar RS. Grupo de educação nutricional em crianças de 5-10 anos. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
446. Araujo LM, Oliveira KAR, Souza EL, Brasil ECL. Inserindo crianças numa atividade lúdica de educação nutricional: criando vínculos afetivos e intercâmbios culturais numa unidade integrada de saúde da família. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
447. Alcântara LBC, Mendonça C, Rotenberg S, Sally E, Ayres K, Coelho N et al. Metodologia educativa em saúde e nutrição na atenção básica de saúde do município de Niterói com vistas à promoção da alimentação e modos de vida saudáveis. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
448. Oliveira PM, Santos TCS, Machado NMV, Garbelloto APD, Kerpel R. O trabalho interdisciplinar como promotor da integralidade na atenção em saúde: relato da experiência de um grupo de emagrecimento no município de Florianópolis/SC. In: Ministério da Saúde. II Mostra de

- Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
449. Ribeiro KDS, Pio I, Deuza M, Delane S. Oficina culinária: ingrediente na promoção à saúde no Centro de Saúde Bela Vista. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
450. Nascimento CR. Programa emagrecimento saudável. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
451. Secretaria Municipal de Curitiba. Manual de abordagem para mudança de comportamento. Curitiba: CIS/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2011.
452. Office of the Surgeon General. Overweight and obesity: health consequences. 2007 [acesso em 16 de setembro de 2008]. Disponível em: http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/fact_consequences.htm
453. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO Region and the strategies for response. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2007.
454. Caspersen C, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports. 1985; 100: 126-131.
455. Wareham NJ, van Sluijs EMF, Ekelund U. Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. Proceedings of the Nutrition Society. 2005; 64: 229-247.
456. Sturm R. The economics of physical activity: societal trends and rationale for interventions. American Journal of Preventive Medicine. 2004; 27: 126-135.
457. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports. 2006; 16: 3-63.
458. Halvorson G. Walking our way to better health. Washington: Institute of Medicine; 2012.
459. Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
460. World Health Organization and International Federation of Sports Medicine. Exercises for health. Bulletin of the World Health Organization. 1995; 73: 135-136.
461. Murphy MH, Hardman AE. Training effects of short and long bouts of brisk walking in sedentary women. Medicine and Science in Sports and Exercise. 1998; 30: 152-157.
462. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rastreamento do sedentarismo em adultos e promoção da atividade física na atenção primária à saúde: Projetos Diretrizes Clínicas. Brasília: Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina; 2009.
463. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011.
464. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011.

465. Simões EJ, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W et al. Effects of a community-based supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am. J. Public Health*. 2009; 99: 68-75.
466. Carvalho FPB. Academia da Cidade em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Coordenação das Academias da Cidade/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2011.
467. Institute of Medicine. State of health indicators: letter report. Washington: The National Academies Press; 2008.
468. Adeyi O, Smith O, Robles S. Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases. Washington: World Bank; 2007.
469. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
470. Feenstra TL, Reenen HHH, Hoogenveen RT, Molken MPMHR. Cost effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value in Health*. 2005; 8: 178-190.
471. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research*. 2006; 41: 2114-2135.
472. West R, Sohal T. Catastrophic pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal*. 2006; 332: 458-460.
473. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain: a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal college of Physicians. 2000 [acesso em 29 de julho de 2007]. Disponível em: <http://www.rcplondon.ac.uk>
474. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.035/GM, de 31 de maio de 2004.
475. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 442, de 13 de agosto de 2004.
476. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
477. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER. Treating tobacco use and dependency: clinical practice guideline. Washington: US Department of Health and Human Services, Public Health Services; 2000.
478. Sidorov J, Christianson M, Girolami S, Wydra C. A successful tobacco cessation program led by primary care nurses in a managed care setting. *Am. J. Manag. Care*. 1997; 3: 207-214.
479. Smillie C, Coffin K, Porter K, Ryan B. Primary health care through a community based smoking-cessation program. *Journal of Community Health*. 1988; 13: 156-170.
480. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst.Rev*. 2004; 4: CD000165.
481. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br. J. Gen.Pract*. 2000; 50: 803-807.
482. McEwen A, Preston A, West R. Effect of a GP desktop resource on smoking cessation activities of general practitioners. *Addiction*. 2002; 97: 595-597.

483. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL, Fiore MC, Baker TB. AHRQ smoking Cessation Guideline Study Group. Effectiveness of implementing the agency for healthcare research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controlled trial. *J. Natl. Cancer Inst.* 2004; 96:594-603.
484. Becoña E. Tratamiento del tabaquismo. In: Caballo VE (Organizador). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos. México: Siglo Veintiuno de Espana; 1998.
485. Gavazzoni JA, Marinho-Casanova ML. Avaliação do efeito de um programa de intervenção comportamental sobre o comportamento de fumar cigarros. *Temas psicol.* 2008; 16: 83-95.
486. World Health Organization. WHO Expert Committee on problems related to alcohol consumption: second report. Copenhagen: World Health Organization, WHO Technical Reports nº 944; 2007.
487. Corrao G, Rubbiati L, Zambon A, Arico S. Alcohol attributable and alcohol preventable mortality in Italia: a balance in 1983 and 1996. *European J. Public Health.* 2002; 12: 214-223.
488. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev. Med.* 2004; 38: 613-619.
489. Castaneda R, Sussman N, Westreich L, Levy R, O'Malley M. A review of the effects of moderate alcohol intake on the treatment of anxiety and mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry.* 1996; 57: 207-212.
490. Rehm J, Gmel G, Sempos CT, Trevisan M. Alcohol related morbidity and mortality. *Alcohol Health.* 2003; 27: 39-51.
491. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Ghissassi F, Bouvard V et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.* 2007; 8: 292-293.
492. McCaig LF, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2003 emergency department summary. Hyasttsville: National Center for Health Statistics; 2005.
493. Soldera M, Dalgalarondo P, Correea Filho HR, Silva CAM. Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2004; 26: 174-179.
494. Souza DPO, Areco KN, Silveira Filho DX. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede pública de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública.* 2005; 39: 1-8.
495. Silva LVER, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública.* 2006; 40: 1-8.
496. Whitlock EP, Polen MR, Green CA. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Forces. *Annals of Internal Medicine.* 2004; 140: 557-568.
497. Babor TF, Biddle JCH. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction.* 2000; 95: 677-686.
498. Heather N (Editor). WHO Project on identification and management of alcohol-related problems: report on phase IV. Geneva: World Health Organization; 2006.
499. Timko C, Moos RH, Finney JW, Moos BS, Kaplowitz MS. Long-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol.* 1999; 60: 437-447.

500. Masur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE, alcoholism screening test in brazilian psychiatric inpatient setting. *Brazilian Journal Medical Biology*. 1999; 16: 215-218.
501. Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski SY, Takata CCC, Ranzi SY, Saruhasi SY, Spadoni B. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev. Ass. Med. Brasil*. 2001; 47: 65-69.
502. Rios PAA, Matos AM, Fernandes MH, Barbosa AR. Consumo e uso abusivo de bebidas alcoólicas em estudantes universitários do município de Jequié/BA. *Rev.Saúde.Com*. 2008; 4: 105-116.
503. Amaral RA, Malgebier A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP). *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2004; 26: 156-163.
504. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M. *Audit, The Alcohol use disorders identification test: guidelines for the use in primary care*. Geneva: World Health Organization, WHO/MSD/MSB/01.6, 2nd. ed; 2001.
505. Babor JB, Higgins-Biddle JC. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization/Department of Mental Health and Substance Dependence/WHO/MSD/MSB/01.6b; 2001.
506. Méndez EB. Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol use disorders identification test). Pelotas: Dissertação de Mestrado em Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; 1999.
507. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigioni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21: 852-861.
508. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigioni LOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2004; 50: 199-206.
509. Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002; 97: 1183-1194.
510. Chick J, Lloyd C, Crombie E. Counseling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *British Medical Journal*. 1985; 290: 965-967.
511. Anderson O, Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *Brit.J. Addict*. 1992; 87: 1498-1508.
512. Nielsen P, Kaner E, Babor TF. Brief intervention, three decades on. *Nordical Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 453-467.
513. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993; 88: 315-336.
514. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *British Medical Journal*. 1979; 2: 231-235.
515. US Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.

516. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the Emergency Department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*. 2002; 9: 627-638.
517. Salaspuro M. Intervention against hazardous alcohol consumption: secondary prevention of alcohol problems. In: Berglund M, Thelander S, Jonsson E (Editors). *Treating alcohol and drug abuse*. Weinheim: Wiley-VCH; 2003.
518. Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo do álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16: 207-220.
519. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care*. 2000; 38: 7-18.
520. Gonçalves AMS, Ferreira PS, Abreu AMM, Pillon SC, Jesus SV. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. *Rev. Eletr. Enf.* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 18 de julho de 2011] Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a23.htm>.
521. Fleming MF, Mundt MP, Manwell LB, Stauffacher EA, Berry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 2002; 26: 36-43.
522. Minto EC. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16: 207-220.
523. Aasland OG, Nygaard P, Nilsen P. The long and winding road to widespread implementation of screening and brief intervention for alcohol use. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 469-476.
524. Oliveira RJ. Avaliação da eficácia da intervenção breve aplicada conjuntamente ao questionário ASSIST para álcool na atenção primária à saúde em Curitiba e Palmas. Curitiba: Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Farmacologia do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná; 2006.
525. Moretti-Pires RO. A pertinência da problemática do álcool para a Estratégia de Saúde da Família. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2009; 1: 1984-2147.
526. Ronzani TM, Amaral MB, Formigioni MLOS, Babor TF. Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 529-538.
527. Furtado EF, Corradi-Webster CM, Laprega MR. Implementing brief interventions for alcohol problems in the public health system in the region of Ribeirão Preto, Brazil: evaluation of the PAI-PAD training model. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 539-551.
528. Formigioni MLOS, Lacerda RB, Vianna VPT. Implementation of alcohol screening and brief intervention in primary care units in two Brazilian states: a case study. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 553-564.
529. Seale JP, Monteiro MG. The dissemination of screening and brief intervention for alcohol problems in developing countries: lessons from Brazil and South Africa. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 564-577.
530. Dias RB, Nonato SM, Chaves SR. Mudança comportamental e de hábitos de vida dos clientes participantes nos programas de gerenciamento de condições crônicas. In: Campos EF, Gontijo

- MCF, Chaves SR, Dias RB, Costa RT (Organizadores). Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimed de Minas Gerais. Belo Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais; 2010.
531. Buttriss JL. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1997; 65: 1895S-1995S.
532. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA. Mudança de comportamento sexual em relação ao HIV: até aonde nos levam as teorias? Genebra: ONUSIDA; 2001.
533. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980.
534. Petrie KJ, Broadbent E. Assessing illness behavior: what condition is my condition in? *J. Psychosom. Res.* 2003; 54: 415-416.
535. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1997.
536. Deci E, Ryan R. Intrinsic motivation and self determination in human behavior. New York: Plenum; 1985.
537. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamentos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
538. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983; 51: 390-395.
539. Pichon-Reviere E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes Editora, 8ª Ed; 2009.
540. Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: The Free Press; 1983.
541. Howard M, McCabe J. Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning*. 1990; 22: 21-26.
542. Morris M. Sexual networks and HIV. *Aids*. 1997; 11: 209S-216S.
543. Connell R. Gender and power. Stanford: Stanford University Press; 1987.
544. Parker R. Empowerment, community mobilization and social change in face of HIV/Aids. 1996; 10: 27S-31S.
545. Choi K, Yep G, Kumekawa E. HIV prevention among Asian and Pacific Islander American men who have sex with men: a critical review of the theoretical models and directions of future research. *Aids Education and Prevention*. 1998; 10: 19-30.
546. Rijken M, Jones M, Heijmans M, Dixon A. Supporting self management. In: Nolte E, McKee M (Editors). *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press; 2008.
547. Prochaska JO, Norcross JC, Fowler JL, Follic MJ, Abrams DB. Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of changes as process and prediction variables. *Addictive Behaviors*. 1992; 17: 35-45.
548. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behavior. *American Psychologist*. 1992; 1102-1114.
549. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteorético no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]*. 2007; 12: 1641-1650.

550. DiClemente CC, Schlundt BS, Gemmel L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*. 2004; 13: 103-119.
551. Szupszynski KPR, Oliveira MS. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2008; 10: 162-173.
552. Szupszynski KPR, Oliveira MS. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*. 2008; 13: 31-39.
553. Figlie NBI, Dunn B, Laranjeira R. Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004; 26: 91-99.
554. Lozano P, Schmalig K. PACI self-management support treatment manual pediatric asthma care study. Seattle: Center for Health Studies/Group Health Cooperatives; 1998.
555. Chapman-Novakofski K. Improvement in knowledge, social cognitive theory variables, and movement through states of change after a community-based diabetes education program. *J. Am. Diet. Assoc.* 2005; 105: 1613-1616.
556. Dijkstra A. The validity of the stages of change model in the adoption of the self-management approach in chronic pain. *Clin. J. Pain*. 2005; 21: 27-37.
557. Miranda VM. Estilo de vida e estágios de mudança de comportamento para atividade física em mulheres de diferentes etnias em Santa Catarina. Florianópolis: Dissertação de Mestrado no Centro de Desporto da Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
558. Reis RS, Petroski EL. Aplicação da teoria cognitiva social para predição das mudanças de comportamento em adolescentes brasileiros. *Rev. Bras. Cineantropom. Hum.* 2005; 7: 62-68.
559. Souza GS, Duarte MFS. Estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física em adolescentes. *Rev. Bras. Med. Esporte*. 2005; 11: 104-108.
560. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família: Programa Ação e Saúde em Floripa, Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2008; 13: 44-56.
561. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev. Nutr*; 12: 33-41.
562. Oliveira MCT, Duarte GR. O modelo transteórico aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. *Rev. Nutr*. 2006; 19: 57-64.
563. Murta SG, Troccoli BJ. Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas. *Estud. Psicol.* 2005; 22: 157-166.
564. Guedes DP, Santos CA, Lopes CC. Estágios de mudança de comportamento e prática habitual de atividade física em universitários. *Rev. Bras. Cineantropom. Hum.* 2006; 8: 5-15.
565. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev. Nutr*. 1999; 12: 33-41.
566. Oliveira MCT, Duarte GR. O modelo transteórico aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. *Rev. Nutr*. 2006; 19: 57-64.
567. Moreira RAM. Aplicação do modelo transteórico para consumo de óleos e gorduras e sua relação com consumo alimentar e estado nutricional em um serviço de promoção da saúde.

- Belo Horizonte: Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
568. Toral N. Estágio de mudança de comportamento e sua relação com o consumo alimentar de adolescentes. São Paulo: Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.
569. Toral N, Slater B. Perception of eating practices and stages of change among Brazilian adolescents. *Preventive Medicine*. 2009; 48: 279-283.
570. Murta SG, Troccoli BJ. Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoólistas. *Estud. Psicol*. 2005; 22: 157-166.
571. Laranjeira R, Oliveira RA, Nobre MRC, Bernardo WM. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Brasileira de Medicina, 2ª Ed; 2003.
572. Oliveira MS, Laranjeira R, Araujo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2003; 16: 265-270.
573. Silva CAB. A educação nos tratamentos das doenças crônico-degenerativas. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*. 2006; 9: 195-196.
574. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell Ke et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002; 22: 73-107.
575. Spencer L, Adams TB, Malones S, Roy L, Yost E. Applying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice*. 2007; 7: 428-443.
576. Marshall SJ, Biddle SJ. The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of application to physical activity and exercise. *Ann. Behav. Med*. 2001; 23: 229-246.
577. Littell JH, Girvin H. Stages of change: a critique. *Behav. Modif*. 2002; 26: 223-273.
578. Riemsmma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, Walker A. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *British Medical Journal*. 2003; 326: 1175-1177.
579. Aveyard P, Massey L, Parsons A, Manaseki S, Griffin C. The effect of transtheoretical model based interventions on smoking cessation. *Soc. Sci. Med*. 2009; 68: 397-403.
580. Salmela S, Poskiparta M, Kasila K, Vahasarja K, Vanhala M. Transtheoretical model-based dietary interventions in primary care: a review of the evidence in diabetes. *Health Educ. Res*. 2009; 24: 237-252.
581. Adams J, White M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Educ. Res*. 2004; 20: 237-243.
582. Sutton S. Back to the drawing board? A review of application of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*. 2001; 96: 175-186.
583. Brug J, Conner M, Harre N, Kremers S, McKellar S, Whitelaw S. The transtheoretical model and stages of change, a critique. Observations by five commentators on the paper by Adams, J. and White, M. Why don't stage-based activity promotion intervention work? *Health Educ. Res*. 2005; 20: 244-258.

584. Adams J, White M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Educ. Res.* 2004; 20: 237-243.
585. Prochaska JO. Moving beyond the transtheoretical model. *Addiction.* 2006; 101: 768-774.
586. Noar SM, Benac CN, Harris MS. Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychol. Bull.* 2007; 133: 673-693.
587. Hutchinson AJ, Breckon JD, Johnston LH. Physical activity behavior change based on the transtheoretical model: a systematic review. *Health Educ. Behav.* 2008; 36: 829-845.
588. Spencer L, Pagell F, Hallion ME, Adams TB. Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of literature. *Am. J. Health Promot.* 2002; 17: 7-71.
589. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavior Psychotherapy.* 1983; 11: 147-172.
590. Butler C, Rollnick S, Cohen D, Bachman M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smoker in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice.* 1999; 49: 611-616.
591. Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behavior change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health.* 1992; 1: 26-37.
592. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2004; 72: 1050-1062.
593. Miller WR, Benefield RG, Tonign JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled study of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1993; 61: 455-461.
594. Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse.* 1997; 2: 8-16.
595. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behavior change: a guide for practitioners.* Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
596. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachman M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized controlled trial. *Br. J. General Practice.* 1999; 49: 611-616.
597. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005; 1: 91-111.
598. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. General Practice.* 2005; 55: 305-312.
599. Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *Br. J. Health Psychol.* 2006; 11: 319-332.
600. Britt E, Hudson SM, Neville M, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling.* 2004; 53: 147-155.
601. Woollard J, Beilin L, Lord T, Puddey I, MacAdam D, Rouse I. A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results. *Patient Education and Counselling.* 2004; 53: 147-155.

602. Borrelli B, Novak S, Hecht J, Emmons K, Papandonatos G, Abrams D. Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Prev. Med.* 2005; 41: 815-821.
603. McNab C, Purcell R. The effectiveness of motivational interviewing for young people with substance use and mental health disorders. Canberra: National Youth Mental Health Foundation; 2009.
604. Moyers TB, Yahne CE. Motivational interviewing in substance abuse treatment: negotiating roadblocks. *Journal of Substance Misuse.* 1998; 3: 30-33.
605. Oliveira MS, Laranjeira R, Araujo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2003; 16: 265-270.
606. Albernaz ALG, Passos SRL. Uso de substâncias psicoativas. In: Coutinho MFG, Barros, RR (Organizadores). *Adolescência: uma abordagem prática.* São Paulo: Liv. Atheneu; 2001.
607. De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso do álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev. AMB.* 2004; 50: 305-313.
608. Oliveira MS, Andretta I, Rigoni MS, Szupszynski KPR. A entrevista motivacional com alcoolistas: um estudo longitudinal. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2008; 21: 261-266.
609. Jaeger A, Oliveira MS, Freire SD. Entrevista motivacional em grupo com alcoolistas. *Temas em Psicologia.* 2008; 16: 97-106.
610. Sales CMB. Revisão da literatura sobre a aplicação da entrevista motivacional breve em usuários nocivos e dependentes de álcool. *Psicol. Estud.* 2009; 14: 333-340.
611. Andretta I. A efetividade da entrevista motivacional em adolescentes usuários de drogas que cometeram ato infracional. Porto Alegre: Dissertação de Mestrado em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
612. Andretta I, Oliveira MS. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia.* 2008; 25: 45-53.
613. Ramos SS. Princípios de mudanças de comportamentais e manejo dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul.* 2010; 20: 1-5.
614. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação em Psicologia.* 2006; 10: 91-99.
615. Abduch C. Grupos operativos com adolescentes. In: Ministério da Saúde. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento.* Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Área do Adolescente e do Jovem; 1999.
616. Pichon-Rivière E. Historia de la técnica de los grupos operativos. *Temas de Psicología Social.* 1984; 6: 21-33.
617. Pichon-Rivière E. Una teoría del abordage de la prevención en el ambito del grupo familiar. Buenos Aires: Nueva Visión; 1977.
618. Bastos ABBI. A técnica de grupos operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo inFormação.* 2010; 14: 160-169.

619. Ritter T, Olschowsky BRL, Kohlrausch E. Grupos Operativos, Pichon Riviere (1907-1977). 2009 [acesso em 12 de fevereiro de 2010]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/eenf/enfermagem/disciplinas/enf03008/material/pichon.ppt>.
620. Portarrieu ML, Tubert-Oklander J. Grupos operativos. In: Osório LC (Organizador). Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
621. Zimerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
622. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2007; 11: 52-57.
623. Echevarrieta AB. El grupo operativo de Enrique Pichon-Rivière: análisis y crítica. Madrid: Memoria para optar al grado de doctor en el Departamento de Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid; 1999.
624. Freire M. O que é um grupo? In: Grossi E, Bordin J (Organizadores). A paixão de aprender. Petrópolis: Ed. Vozes, 12ª Ed; 2011.
625. Visca J. Clínica psicopedagógica: epistemologia convergente. Porto Alegre: Artes Médicas; 1978.
626. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad. Saúde Pública. 2003; 19: 1039-1047.
627. Almeida SP, Soares SM. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. Ciências & Saúde Coletiva. 2010; 15: 1123-1132.
628. Pereira FRL, Torres HC, Cândido NA, Alexandre LR. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. Cienc. Cuid. Saúde. 2009; 8: 594-599.
629. Santos MA, Peres DS, Zanetti ML, Otero LM. Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético. Rev. Enferm. UERJ. 2007; 15: 242-247.
630. Bueno D, Siebertz M. Contribuição de grupos operacionais no fortalecimento da atenção primária à saúde. Rev. APS. 2008; 11: 468-473.
631. Moreira AC, Oliveira AAF, Costa LVF. A percepção do usuário em relação a grupos operativos na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
632. Sartori GS, van der Sand ICP. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de rocas e de vínculos entre os participantes. Rev. Eletr.Enf [periódico na internet] 2004 [acesso em 25 de maio de 2009] Disponível em <http://www.fe.ufg.br/revista/v06/n2>.
633. Favoreto CAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. Interface, Comunicação Saúde Educação. 2009; 13: 7-18.
634. Spadini LS, Souza MCBM. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2006; 10: 132-138.
635. Samea M. O dispositivo grupal como intervenção em reabilitação: reflexões a partir da prática em Terapia Ocupacional. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2008; 19: 85-90.
636. Menezes JC. Atenção primária à saúde e puericultura: uma proposta de intervenção. Belo Horizonte: NESCON/Faculdade de Medicina da UFMG; 2010.
637. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. Rev. APS. 2009; 12: 293-301.

638. New Health Partnerships. Problem solving. 2008 [acesso em 21 de fevereiro de 2009]. Disponível em: <http://www.newhealthpartnerships.org>.
639. Bodenheimer T, Lorig K, Holnick H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002; 288: 2469-2475.
640. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control in risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA*. 2004; 291: 335-342.
641. Afonso NM, Nassif G, Aranha AN, Delor B, Cardozo LJ. Low-density lipoprotein cholesterol goal attainment among high-risk patients: does a combined intervention targeting patients and providers work? *Am. J. Manag. Care*. 2006; 12: 589-594.
642. Roumie CL, Elasy TA, Greevy R, Griffin MR, Liu X, Stone W et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. *Ann. Intern. Med.* 2006; 145: 165-175.
643. Ferris TG, Saglam D, Stafford RS, Cousino N, Starfield B, Culpepper L, Blumenthal D. Changes in daily practice of primary care for children. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1998; 152: 227-233.
644. Stafford RS, Saglam D, Causino N, Starfield B, Culpepper L, Marder WD, Blumenthal D. Trends in adult visits to primary care physicians in the United States. *Arch. Fam. Med.* 1999; 8:26-32.
645. Mechanic D, McAlpine MA, Rosenthal M. Are patients' office visit with physician getting shorter? *N. Engl. J. Med.* 2001; 344:198-204.
646. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultation: cross sectional survey. *British Medical Journal*. 1999; 319: 738-743.
647. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med. Care*. 1990; 28:19-28.
648. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware Jr JE. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann. Intern. Med.* 1996; 124:497-504.
649. Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers WH, Ware JE. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. *Med. Care*. 1995; 33:1176-1187.
650. Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, Brink-Muinen AVD, Bensing J, Maeseneer JD. Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Educ. Couns.* 2004; 54:227-233.
651. Yarnall KSH, Pollack KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am. J. Public Health*. 2003; 93: 635-641.
652. Ostbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollack KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann. Fam. Med.* 2005; 3: 209-214.
653. Bodenheimer T. A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA*. 2007; 298: 2048-2055.
654. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996; 74: 511-544.

655. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliot M et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? *Ann. Fam. Med.* 2004; 2: 405-410.
656. Bodenheimer T. Transforming practice. *New England Journal of Medicine.* 2008; 359: 2086-2089.
657. Center for Studying Health System Change. Physician survey. 2008 [acesso em 11 de novembro de 2009]. Disponível em <http://www.hschange.com>.
658. Waitzkin H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA.* 1984; 252: 2441-2446.
659. O'Brien MK, Petrie K, Raeburn J. Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Med. Care Rev.* 1992; 49: 435-454.
660. Morris LA, Tabak ER, Gondek K. Counseling patients about prescribed medication: 12 years trend. *Med. Care.* 1997; 35: 996-1007.
661. Dugdale DC. Time and the physician-patient relationship. *J. Gen. Intern. Med.* 1999; 14:34-40.
662. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu. Rev. Public Health.* 1989; 10: 163-180.
663. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch. Intern. Med.* 2003; 163: 83-90.
664. Schillinger D, Machinger F, Wang F, Rodriguez M, Bindman A. Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: Agency for Healthcare Research and Quality. *Advances in patient safety: from research to implementation.* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
665. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.* Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 3ª edição; 1977.
666. Welch HG, Schwartz LM, Wolosin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health.* Boston: Bacon Press; 2011.
667. Brownlee S. *Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer.* New York: Bloomsbury USA; 2008.
668. Gusso G. Os rumos da atenção primária e da estratégia de saúde da família no Brasil. Brasília: Simpósio de Política e Saúde do CEBES; 2011.
669. Gérvas J, Fernández MP. Los daños provocados por la promoción y por las actividades preventivas: dañar por prevenir. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada (periódicos na internet)* 2009 [acesso em 12 de março de 2011]; Vol. 1: ISS 4, Article 6. Disponível em <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/6>.
670. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal.* 2002; 324: 886-891.
671. Teixeira C. *O futuro da prevenção.* Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
672. Napoli M. PSA screening test for prostate cancer: an interview with Otis Brawley. Center for Medical Consumers. 2003 [acesso em 6 de janeiro de 2011]. Disponível em: <http://medicalconsumers.org/2003/05/01/psa-screening-test-for-prostate-cancer>.

673. Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh: Churchill Livingstone, Third edition; 2009.
674. Vennemann M, Fischer D, Bajamowski T. Prevention of sudden infant death syndrome (SIDS) due to an active health monitoring system 20 years prior to the public "Back to Sleep" campaigns. *Arch. Dis. Child.* 2006; 91: 144-146.
675. Gérvas J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gac. Sanit. Bilbao.* 2007; 104: 93-96.
676. Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? *Ann. Intern. Med.* 2002; 136: 701-703.
677. Charap MH. The periodic health examination: genesis of myth. *Ann. Intern. Med.* 1981; 95: 733-735.
678. Birnbaum S. CT scanning: to much of a good thing. *British Medical Journal.* 2007; 334-1106.
679. Jimeno J, Molist N, Serrano V, Serrano L, Gracia R. Variabilidad en la estimación del riesgo coronario en diabetes mellitus 2. *Aten. Primaria.* 2005; 35: 30-36.
680. Jamouille M, Roland M, Bentsen N, Klinkman M, Falkoe E, Bernstein B et al. Working fields and prevention domains in general practices/Family medicine. 2002 [acesso em 23 de outubro de 2011]. Disponível em: <http://docpatient.net/mj/prev.html>
681. Lippman H. Practice in the twenty-first century. *Hippocrates.* 2000; 1: 38-43.
682. Johnson BV. Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family-Centered Care; 2008.
683. National Health Service. Equity and excellence: liberating the NHS. London: The Stationery Office; 2010.
684. Heath I. World Organization of Family Doctors (WONCA) perspectives on person-centered medicine. *International Journal of Integrated Care.* 2010; 10: 10-11.
685. Gusso G. Necessidades do SUS e processos de geração de educadores. Brasília: Departamento de Gestão e de Educação em Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde/Ministério da Saúde; 2007.
686. Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM (Organizador). *A saúde nas palavras e nos gestos.* São Paulo: Hucitec; 2001.
687. Meador CK. The art and science of nondisease. *New England Journal of Medicine.* 1965; 14: 92-95.
688. Pilowsky I. Abnormal illness behavior. *Br. J. Med. Psychol.* 1969; 42: 347-351.
689. McWhinney I, Freeman T. Manual de medicina da família e comunidade. Porto Alegre: Artmed, 3ª edição; 2010.
690. Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor; 2005.
691. McWhinney I. The importance of being different. *British Journal of General Practice.* 1996; 46: 433-436.
692. Gawande A. Complications: a surgeon's notes on an imperfect science. London: Profile Books; 2002.

693. Groopman J. *Second opinions: eight clinical dramas of decision making on the front lines of medicine*. New York: Penguin; 2001.
694. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev. APS*. 2008; 11: 285-294.
695. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br. J. Gen. Pract.* 2000; 50: 882-887.
696. Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice. *JAMA*. 1999; 282: 2313-2320.
697. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. *J. Gen. Intern. Med.* 2005; 20: 531-535.
698. Street RL, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med. Care*. 2005; 43: 960-969.
699. Coulter A, Magee H. *The European patient of the future*. Maidenhead: Open University Press; 2003.
700. Finset A. Emotions, narratives and empathy in clinical communication. *International Journal of Integrated Care*. 2010; 10: 53-55.
701. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*. 2003; 88: 658-665.
702. Graugaard PK, Holgersen K, Finset A. Communicating with alexithymic and non-alexithymic patients: an experimental study of the effect of psychosocial communication and empathy on patient satisfaction. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2004; 73: 92-100.
703. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br. J. Gen. Pract.* 2002; 52: S9-12.
704. Kim SS, Koploviz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation and the Health Professions*. 2004; 27: 237-251.
705. Adler HM. Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relationship: an emerging dialogue. *Journal of General Internal Medicine*. 2007; 22: 280-285.
706. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda : have we improved ? *JAMA*. 1999; 281: 283-287.
707. Folha de São Paulo. Consulta a jato. Editorial de 14 de outubro de 2011.
708. Leader D, Corfield D. *Por que as pessoas ficam doentes? Como a mente interfere no bem-estar físico*. Rio de Janeiro: BestSeller; 2009.
709. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal*. 2000; 320: 526-527.
710. New Health Partnerships. *Supporting self-management: emphasizing patient role*. 2008 [acesso em 21 de fevereiro de 2009]. Disponível em: <http://www.newhealthpartnerships.org>.
711. Picker Institute. *Principles of patient-centered care*. 2011 [acesso em 7 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>

712. Johnson BV. Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family-Centered Care; 2008.
713. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann. Intern. Med.* 1984; 101: 692-696.
714. Deyo RA, Diehl AK. Patient satisfaction with medical care for low back pain. *Spine.* 1986; 11: 28-30.
715. Svarstad B. Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In: Mechanic D (Editor). *The growth of bureaucratic medicine.* New York: Wiley; 1976.
716. Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Mayo F. Doctor-patient communication and outcomes among diabetes patients. *J. Health Commun.* 1975; 1: 15-27.
717. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu. Rev. Public Health.* 1989; 10: 163-180.
718. Saba GW, Wong ST, Schillinger D, Fernandez A, Somkin CP, Wilson CC. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. *Ann. Fam. Med.* 2006; 4: 54-62.
719. Morrison S. Self management support: helping clients set goals to improve their health. Nashville: National Health Care for Homeless Council; 2007.
720. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
721. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. 1999 [acesso em 18 de outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsFTito.htm>.
722. Bastiaens H, von Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling.* 2007; 68:33-42.
723. Bieber C, Muller KG, Blumentiel K, Schneider A, Richter A, Wilkie S et al. Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia: a qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling.* 2006; 63: 357-366.
724. Stevenson FA, Cox K, Britten N, Dundar Y. A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations.* 2004; 7: 235-245.
725. Griffin S, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine.* 2004; 2:595-608.
726. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *British Medical Journal.* 2006; 333:417-419.
727. Ottawa Health Research Institute. Patient decision Aids. 2008 [acesso em 28 de abril de 2009]. Disponível em: <http://www.ohri.ca>.
728. Maly RC, Abrahamse AF, Hirsch SH, Frank JC, Reuben DB. What influences physician practice behavior? An interview study of physicians who received consultative geriatric assessment recommendations. *Arch. Family Med.* 1996; 5: 448-454.

729. Kennedy AP, Rogers AE. Improving patient involvement in chronic disease management: the views of patients, GPs and specialists on a guidebook for ulcerative colitis. *Patient Educ. Couns.* 2002; 47: 257-263.
730. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt. Comm. J. Qual. Saf.* 2003; 29: 563-574.
731. Wetzels R, Geest TA, Wensing M, Ferreira PL, Grol R, Baker R. GP's views on involvement of older patients: an European qualitative study. *Patient Educ. Couns.* 2004; 53: 183-188.
732. Australian Government. Towards a national primary health care strategy: a discussion paper from the Australian Government. Canberra: Department of Health and Ageing; 2008.
733. Epstein RM, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, Fiscella K. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann. Fam. Med.* 2005; 3: 415-421.
734. Lopes JMC. A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
735. Frampton S, Guastello S, Brady C, Hale M, Horowitz S, Smith SB, Stone S. Patient-centered care: improvement guide. Camden: Picker Institute; 2008.
736. Hornberger J, Thom D, Macurdy T. Effects of a self-administered previsit questionnaire to enhance awareness of patient's concern in primary care. *J. Gen. Intern. Med.* 1997; 12: 597-606.
737. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International.* 2000; 15: 259-267.
738. Lasater L. Patient literacy, adherence, and coagulation therapy outcomes: a preliminary report. *Journal of General Internal Medicine.* 2003; 18: 179.
739. Institute of Medicine. Priority areas for national action: transforming health care quality. Washington: The National Academies Press; 2003.
740. Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: The National Academies Press; 2004.
741. Von dem Knesebeck O, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries. *Social Science & Medicine.* 2006; 63:1344-1351.
742. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Pitkin K, Parish NS, Coates W, Imara M. The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine.* 1996; 5: 329-334.
743. Barrett SE, Puryear JS, Westpheling K. Health literacy practices in primary care settings: examples from the field. New York: The Commonwealth Fund; 2008.
744. Eakin EG, Bull SS, Glasgow RE, Mason M. Reaching those most in need: a review of diabetes selfmanagement interventions in disadvantaged populations. *Diabetes Metabolism Research and Reviews.* 2002;18: 26-35.
745. Gustafson DH, Hawkins RP, Boberg EW, McTavish F, Owens B, Wise M et al. CHES: 10 years of research and development in consumer health informatics for broad populations, including the underserved. *International Journal of Medical Informatics.* 2002; 65: 169-177.

746. Munhoz FJS, Baggio MS, Sizenando KMC, Scutato R. Alfabetizando com saúde: uma inovação social baseada no trabalho voluntário. *Revista Gestão Pública em Curitiba*. 2011; 2: 3-7.
747. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planificação da atenção primária à saúde nos estados*. Brasília: CONASS; 2011.
748. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Departamento de Atenção Básica/SAS/MS; 2001.
749. Cervený CMO, Berthoud CM. *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
750. Souza RA. Tipos de família. 2011 [acesso em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://medicinadefamiliabr.blogspot.com/2011/01/tipos-de-familia.html>
751. Ministerio de Salud de Chile. *Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria*. Santiago: Departamento de Diseño e Gestión de APS/División de Atención Primaria/ Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2008.
752. Ditterich RG. *O trabalho com famílias realizado pelo cirurgião-dentista do Programa de Saúde da Família (PSF) de Curitiba, PR [monografia de especialização]*. Curitiba: Curso de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2005.
753. Mendes EV. *O processo social de distritalização da saúde*. In: Mendes EV (Organizador). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, Terceira Edição; 1995.
754. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina 6, Abordagem familiar*. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.
755. Velschan BCG, Soares EL, Corvino M. Perfil do profissional de saúde da família. *Revista Brasileira de Odontologia*. 2002; 59: 314-316.
756. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família em Curitiba, PR. *Saúde Soc*. 2009; 18: 515-524.
757. Moysés SJ, Silveira Filho AD. *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES; 2002.
758. Rakel RE. *Tratado de medicina da família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 5ª edição; 1997.
759. Duvall EM. *Family development*. Philadelphia: Lippincott, 5th edition; 1977.
760. Schutz WC. *FIRO: a three dimensional theory of interpersonal behavior*. New York; Holt, Rinehart & Wilson; 1958.
761. Doherty WJ, Colangelo N. The family FIRO model: a modest proposal for organizing family treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1984; 10: 19-29.
762. Librach SL, Talbot Y. Understanding dying patients and their families: using the family FIRO model. *Canadian Family Physician*. 1991; 37: 404-409.

763. Walters I. P.R.A.C.T.I.C.E. Ferramenta de acesso à família. In: Wilson L. Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 1996.
764. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.* 1978; 6: 1231-1239.
765. Martini AM, Sousa FGM, Gonçalves APF, Lopes MLH. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. *Rev. Eletr.Enf.* [periódico na internet] 2007 [acesso em 18 de julho de 2009]. Vol.9, Nº 2. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a04.htm>.
766. Rocha M, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2002; 10: 709-714.
767. Duarte YAO. Família, rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
768. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1994.
769. Mladovski P, Mossialos E. A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: social capital and economic development. London: London School of Economics and Political Science; 2006.
770. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en America Latina. *Rev. Saude Pública.* 2007; 41: 139-149.
771. Scott C, Hofmeyer A. Network and social capital: a relational approach to primary care reform. *Health Research Policy and Systems.* 2007; 5: 9.
772. Schaefer J, Miler D, Goldstein M, Simmons L. Partnering in self-management support: a toolkit for clinicians. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
773. Department of Health. Self care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care. London: Department of Health; 2005.
774. Colin-Thome D. O princípio da integralidade. São Paulo: Seminário Internacional 20 anos do SUS; 2008.
775. Ham CA, Parker H, Singh D, Wade E. Getting the basics rights: final reports on the care closer to home, making the shift programme. Warwick: Institute for Innovation and Improvement; 2007.
776. Kaiser Permanente. La salud em casa: guia práctica de Healthwise y Kaiser Permanente. Boise: Kaiser Permanente; 2004.
777. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part I). *Health Promot. Pract.* 2005; 6: 37-43.
778. Horner SD. Using the Open Airways curriculum to improve self-care for third grade children with asthma. *J. Sch. Health,* 68: 329-33, 1998.
779. LeFort SM. A test of Braden's self-help model in adults with chronic pain. *J. Nursing Scholarship.* 2000; 32:153-160.

780. Richards A, Barkham M, Cahill J, Richards D, Williams C, Heywood P. PHASE: a randomized, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioral therapy in primary care. *Br. J. Gen. Pract.* 2003; 53: 764-770.
781. Steinweg KK, Killingsworth RE, Nannini RJ, Spayde J. The impact on a health care system of a program to facilitate self-care. 1998; *Mil. Med.*, 163: 139-144.
782. Siminerio LM, Piatt G, Zgibor JC. Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. *Diabetes Educ.* 2005; 31: 225-234.
783. Mesters I, Meertens R, Kok G, Parcel GS. Effectiveness of a multidisciplinary education protocol in children with asthma (0-4 years) in primary health care. *J. Asthma.* 1994; 31: 347-359.
784. Tschopp JM, Frey JG, Pernet R, Burrus C, Jordan B, Morin A et al. Bronchial asthma and self-management education: implementation of guidelines by an interdisciplinary programme in health network. *Swiss Med. Wkly.* 2002; 132: 92-97.
785. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown Jr B, Bandura A. Chronic disease self-management program: 2 year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care.* 2001; 39: 1217-1223.
786. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Ed. Couns.* 2002; 48: 177-187.
787. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Pub. Health Nurs.* 2002; 19:11-20.
788. Fu D, Hua F, McGowan P, Yei S, Lizhen Z. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization.* 2003; 81: 174-182.
789. Lorig KR, Ritter PL, González VM. Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nurs. Res.* 2003; 52: 361-369.
790. Hainworth J, Barlow J. Volunteers' experiences of becoming arthritis self-management lay leaders: it's almost as if I've stopped aging and started to get younger! *Arthritis Rheum.* 2001; 45: 378-383.
791. Struthers R, Hodge FS, De Cora L, Cantrell BG. The experience of native peer facilitators in the campaign against type 2 diabetes. *J. Rural Health.* 2003; 19: 174-180.
792. Barlow JH, Bancroft GV, Turner AP. Volunteer, lay tutors' experiences of the chronic disease self-management course: being valued and adding value. *Health Ed. Res.* 2005; 20: 128-136.
793. Singh D. *Wich staff improve care for people with long-term conditions? A rapid review of the literature.* Birmingham: Health Services Management Centre; 2005.
794. Department of Health. *The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century.* London: Department of Health; 2001.
795. Stanford Patient Education Research Center. *Patient education in Department of Medicine* [acesso em 13 de maio de 2009]. Disponível em <http://www.patienteducation.stanford.edu>.
796. Osborne RH, Wilson T, Lorig KR, McColl GJ. Does self-management lead to sustainable health benefit in people with arthritis?: a 2-year transition study of 452 australians. *J. Rheumatol.* 2007; 34: 1-6.

797. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupré A, Bégin R. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch. Intern. Med.* 2003; 163:585-591.
798. Lorig K, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: a randomized trial. *Medical Care.* 1999; 37: 5-14.
799. Generalitat de Catalunya. Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària 2007-2010. Barcelona: Departament de Salut; 2007.
800. González AM, Fabrellas NP, Agramunt MP, Rodríguez EP, Grifell EM. De paciente pasivo a paciente activo: programa paciente experto del Institut Català de Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódico na internet]* 2008 [acesso em 21 de outubro de 2009]. Vol. 1: ISS 1, Article 3. Disponível em: <http://pub.bsalt.net/risai/vol1/iss1/3>.
801. Shames RS, Share KP, Mayer M, Robinson TN, Hoyle EG, Hensley FG et al. Effectiveness of a multicomponent self-management program in at-risk, school-aged children with asthma. *Ann. Allergy Asthma.* 2004; 92: 611-618.
802. Choy DK, Tong M, Ko F, Li ST, Ho A, Chan J et al. Evaluation of the efficacy of a hospital-based asthma education programme in patients of low socio-economic status in Hong Kong. *Clin. Exp. Allergy.* 1999; 29: 84-90.
803. Ghosh CS, Ravindran P, Joshi M, Stearns SC. Reductions in hospital use from self management training for chronic asthmatics. *Soc. Sci. Med.* 1998; 46: 1087-1093.
804. Gallefoss F. The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial. *Patient Educ. Couns.* 2004; 52: 259-266.
805. Wright SP, Walsh H, Ingley KM, Muncaster PA, Gamble GD, Pearl A. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *Eur. J. Heart Fail.* 2003; 5: 371-380.
806. Chiang LC, Huang JL, Lu CM. Effects of a self-management asthma educational program in Taiwan based on PRECEDE-PROCEED model for parents with asthmatic children. *J. Asthma.* 2004; 41: 205-215.
807. Shilts MK, Horowitz M, Townsend MS. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *Am. J. Health Prom.* 2004; 19: 81-93.
808. Clement S. Diabetes self-management education. *Diabetes Care.* 1995; 18: 1204-1214.
809. Bodenheimer T, MacGregor K, Sharifi C. Helping patients manage their chronic conditions. Oakland: California Healthcare Foundation; 2005.
810. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2001; 24: 561-587.
811. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part I). *Health Promot. Pract.* 2005; 6: 37-43.
812. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. *Am. Psychol.* 2002; 57: 705-717.
813. van Dam HA, van der Hort F, van den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care. *Patient Educ. Couns.* 2003; 51: 17-28.

814. Boulware LE, Daumit GL, Frick KD, Minkovitz CS, Laurence RS, Powe NR. An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. *Am. J. Prev. Med.* 2001; 21: 221-232.
815. Marti M, Fabrellas N, Chicote S, Escribano V, Raventos A, Padilla N. Llamada al autocuidado: seguimiento telefónico a enfermedades crónicas. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódico na internet]*. 2009 [acesso em 11 de abril de 2010]. Vol 1, ISS 3, Article 6. Disponível em <http://pub.bsaut.net/risai/vol1/iss3/6>.
816. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care.* 2002; 25: 1159-1171.
817. Griffin S, Kinmonth AI. Systems for routine surveillance for people with diabetes. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2000; 2, CD000541.
818. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension (review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005; 1, CD005182.
819. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am. J. Prev. Med.* 2002; 22: 267-284.
820. Kanaan SB. Promoting effective self-management approaches to improve chronic disease care: lessons learned. Oakland: California Healthcare Foundation; 2008.
821. Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur. J. Heart Fail.* 2003; 5: 363-370.
822. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca de España. *Rev. Esp. Cardiol.* 2006; 59: 166-170.
823. Handley M, MacGregor K, Schillinger D, Sharifi C, Wong S, Bodenheimer T. Using action plans to help primary care patients adopt healthy behaviors. *J. Am. Board Fam. Med.* 2006; 19:224-231.
824. Ammerman AS, Lindquist CH, Lohr KN, Hersey J. The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *Prev. Med.* 2002; 35:25-41.
825. Shilts MK, Horowitz M, Townsend MS. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *Am. J. Health Promot.* 2004; 19:81-93.
826. Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e autoexame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública.* 2005; 21: 379-386.
827. Sobel D. Patient as partners: improving health and cost outcomes with selfcare and chronic disease self-management. 2003 [acesso de 23 setembro de 2009]. Disponível em <http://www.natpact.nhs.uk/uploads/DavidSobel.ppt>
828. Kaiser Permanente. La salud en casa: guia práctica de Healthwise y Kaiser Permanente. Boise: Kaiser Permanente; 2004.
829. Barlow JH, Williams B, Wright CC. Patient education for people with arthritis in rural communities: the UK experience. *Patient Ed. Couns.* 2001; 44: 205-214.

830. Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mullee MA. Evaluation of peak flow and symptoms only self management plans for control of asthma in general practice. *British Medical Journal*. 1990; 301: 1355-1359.
831. Kabcenell AI, Langley J, Hupke C. *Innovations in planned care*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Inovations Series; 2006.
832. Moore LG. Escaping the tyranny of the urgent by delivering planned care. *Fam.Pract.Manag*. 2006; 13: 37-40.
833. Irani M, Dixon M, Dean JD. Care closer to home: past mistakes, future opportunities. *Journal of Royal Society of Medicine*. 2007; 100: 75-77.
834. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*. 2004; 14: 246-251.
835. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N. Engl. J. Med*. 1995; 333:1190-1195.
836. Philbin EF. Comprehensive multidisciplinary programs for the management of patients with congestive heart failure. *J. Gen. Int. Med*. 1999; 14:130-135.
837. Rich MW. Heart failure disease management: a critical review. *J. Card. Fail*. 1999; 5: 64-75.
838. Philbin EF, Rocco TA, Lindenmuth NW, Ulrich K, McCall M, Jenkins PL. The results of a randomized trial of a quality improvement intervention in the care of patients with heart failure: the MISCHF Study Investigators. *Am. J. Med*. 2000; 109: 43-449.
839. Gonseth J, Castellón PG, Banejas JR, Artajelo ER. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur. Heart J*. 2004; 25: 1570-1595.
840. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008.
841. Arruda JR. Lançamento das UPASs. *Correio Braziliense*, 20 de dezembro de 2008.
842. Pestana M. Devagar com a UPA. *O Globo*, 11 de novembro de 2008.
843. Bodenheimer T. Transforming practice. *New England Journal of Medicine*. 2008; 359: 2086-2089.
844. Campbell SM, Hacker J, Hann M, Burns C, Oliver D, Thapar A et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice. *British Medical Journal*. 2001; 323:784-787.
845. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice. *Br. J. Gen. Pract*. 2002; 52:1012-1020.
846. Clements D, Dault M, Priest A. Effective teamwork in health care: research and reality. 2007 [acesso em 6 de fevereiro de 2008]. Disponível em <http://www.healthcarepapers.com>.
847. Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. *J. Health Serv. Res. Policy*. 2004; 9: 28-38.
848. Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

849. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*. 2000; 320: 569-572.
850. Wagner EH. Population-based management of diabetes care. *Patient Education and Counselling*. 1995; 26: 225-230.
851. Bowey AM, Conelly R. Application of the concept of grouping working. Glasgow: University of Strathclyde Business School; 1977.
852. McGregor D. *The human side of enterprise*. New York: McGraw-Hill; 1960.
853. Andreason LE, Coriat B, den Hertog F, Kaplinsky R (Editors). *Europe's next step: organisational innovation, competition and employment*. Essex: Frank Cass; 1995.
854. Barrett J, Curran V, Glynn L, Godwin M. CHSRF Synthesis: interprofessional collaboration and quality primary health care. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2007.
855. Dartmouth Medical School/Center for Evaluative Clinical Sciences at Dartmouth/Institute for Healthcare Improvement. *Clinical Mycosystem Action Guide: Improving health care by improving your mycosystem*. 2004 [acesso em 17 de julho de 2009]. Disponível em: <http://www.clinicalmycosystem.org>
856. Mendes EV. *A análise de tarefas no desenho de programas de saúde*. Montes Claros: IPPEDASAR; 1973.
857. Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs. Res.* 1995; 44: 332-339.
858. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*. 2002; 324: 819-823.
859. Laurant M, Harmsen M, Wollersheim H, Grol R, Faber M, Sibbald B. The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of healthcare services? *Med. Care Res.* 2009; 66: 355-895.
860. Roblin DW, Howard DH, Becker ER, Kathleen A, Roberts MH. Use of midlevel practitioners to achieve labor cost savings in the primary care practice of an MCO. *Health Serv. Res.* 2004; 39: 607-626.
861. Laurant M, Hermens R, Braspening J, Grol R, Sibbald B. Nurse practitioners do not reduce the workload of GPs. *British Medical Journal*. 2004; 328: 927-930.
862. Barr DA. The effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care. *Ann. Intern. Med.* 1995; 122: 353-359.
863. Cohen SG, Bailey DE. What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *J. Manag.* 1997; 23: 239-290.
864. Feiger SM, Schmitt MH. Collegiality in interdisciplinary health teams: its measurement and its effects. *Soc. Sci. Med.* 1979; 13: 217-229.
865. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Rodriguez LSM, Pinault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008; 8: 188.

866. Murchie P, Campbell NC, Rithie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *British Medical Journal*. 2003; 326: 84.
867. Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Wesseling GJ, van Schayck CP, Spreeuwenberg C. Undiagnosed patients and patients at risk for COPD in primary health care: early detection with the support of non-physician. *J. Clin. Nurs*. 2003; 12: 366-373.
868. Halcomb E, Davidson P, Daly J, Yallop J, Toffler G. Australian nurses in general practice based heart failure management: implications for innovative collaborative practice. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs*. 2004; 3: 135-147, 2004.
869. Roblin DW, Becker ER, Adams EK, Howard DH, Roberts MH. Patient satisfaction with primary care: does type of practitioner matter? *Med. Care*. 2004; 42: 579-590.
870. Bernstein C, Bjorkman I, Caramona M, Crealey G, Frokjaer B, Grundberger E et al. Improving the well-being of elderly patients via community-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. *Drugs Aging*. 2001;18:63-77.
871. Finley PR, ReinsHR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, Lee JY, Bero LA. Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy*. 2003; 23: 1175-1185.
872. Taylor CT, Byrd DC, Krueger K. Improving care in rural Alabama with pharmacy initiative. *Am.J.Health Syst. Pharm*. 2003; 60: 1123-1129.
873. Lorig KR, Mazonson P, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum*. 1993; 36: 439-446.
874. Witmer A, Seifer SD, Finocchio L, Leslie J, O'Neill EH. Community health workers: integral members of the health care work force. *Am. J. Public Health*. 1995; 85: 1055-1058.
875. Martins CL, Oliveira LSS, Rodrigues MA, Watanabe HAW, Jacomo YA. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. *Saúde em Debate*. 1996; 51:38-43.
876. Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: avaliação dos trabalhos dos agentes comunitários da saúde. *Saúde em Debate*. 1996; 51: 4-15.
877. Gonzaga AA, Muller Neto JS. Usuários avaliam as equipes de saúde da família em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 2000; 1:53-56.
878. Silva JA. O agente comunitário do projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2001.
879. Sousa MF. Agentes comunitários de saúde: choque de povo. São Paulo: Ed. Hucitec; 2001.
880. Carvalho VLM. A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeçica da Serra [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
881. Nunes MO, Trad LB, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*. 18:1639-46.
882. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20:197-203.

883. Chaves SMM. As práticas educativas dos agentes comunitários de saúde no Programa Saúde da Família de Presidente Prudente [dissertação de mestrado]. Presidente Prudente: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UNIOESTE; 2005.
884. Espínola FDS, Costa ICC. Agentes comunitários de saúde do PSF e PACS: uma análise de sua vivência profissional. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2006; 18: 43-51.
885. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 131-144.
886. Simon GE, Katon WJ, von Korff M, Unutzer J, Lin EHB, Walker EA et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am. J. Psychiatry*. 2001; 158: 1638-1644.
887. Katon W, Russo J, von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T et al. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *J. Gen. Intern. Med.* 2002; 17: 741-748.
888. Simon GE, von Korff M, Ludman EJ, Katon WE, Rutter C, Unutzer J et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med. Care*. 2002; 40: 941-950.
889. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002; 288: 2836-2845.
890. Asarnow JR, Jaycox LH, Duran N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005; 293: 311-319.
891. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V et al. Randomized trial of impact of integrated care and case management of older people living in the community. *British Medical Journal*. 1998; 316: 23-27.
892. Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, Shortliffe EA, Landsman PB, Cowper PA et al. A nurse coordinated intervention for primary care patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: impact on glycemic control and health-related quality of life. *J. Gen. Int. Med.* 1995; 10: 59-66.
893. Lenz ER, Mundiger MO, Kane RL, Hopkins SC, Lin SX. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. *Med. Care Res. Rev.* 2004; 61: 332-351.
894. Dickinson LM, Rost K, Nutting PA, Elliot CE, Keeley RD, Pincus H. RCT of a care manager intervention for major depression in primary care: 2-year costs for patients with physical vs psychological complaints. *Ann. Fam. Med.* 2005; 3: 15-22.
895. Modell M, Wonke B, Anionwu E, Khan M, Tai SS, Lloyd M, Modell B. A multidisciplinary approach for improving services in primary care: randomized controlled trial of screening for haemoglobin disorders. *British Medical Journal*. 1998; 317: 788-791.
896. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbam M, Duan N, Meredith L, Unutzer J et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000; 283: 212-220.

897. Stevenson K, Baker R, Farooqia A, Sorriea R, Khunti K. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Fam. Pract.* 2001; 18: 21-26.
898. Patterson E. Alberta primary care improvement project: Chinook Primary Care Network. Edmonton: Alberta Health and Wellness; 2006.
899. Litaker D, Mion L, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *J. Interprof. Care.* 2003; 17: 223-237.
900. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabete. Belo Horizonte: SAS/SAPS/SESMG; 2007.
901. Masley S, Sokoloff J, Hawes C. Planning group visits for high-risk patients. *Family Practice Management.* 2000 [acesso em 12 de dezembro de 2007]. Disponível em <http://www.aafp.org>.
902. Group Health Cooperative. Visit starter kit. 2001 [acesso em 25 de janeiro de 2007]. Disponível em <http://www.ghc.org>.
903. Hartnett T. Group visit to family physicians result in improved outcomes. 2006 [acesso em 23 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/545271>
904. Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Schindler RS, Klima C, Reynolds H, Magripes U. Group prenatal care and preterm birth weight: results from a matched cohort study in public clinics. *Obstet. Gynecology.* 2003; 102: 1051-1057.
905. Theobald M, Masley S. A guide to group visit for chronic conditions affected by overweight and obesity. Leawood: American Academy of Family Physicians. s/data.
906. American Academy of Family Physicians. Group visits: shared medical appointments. 2005 [acesso em 21 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.aafp.org/online/en/home/practicemgt/quality/qitools/pracredesign/january05.html>
907. Agency for Healthcare Research and Quality. Group visits. 2001 [acesso em 21 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.cahps/ahrq.gov/Quality-Improvement/Improvement-Guide/Browse-Interventions/Communication/Group-Visits.aspx>
908. Houck S, Kilo C, Scott J. Group visits. 2003 [acesso em 23 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.umassmed.edu/uploadedFiles/diabetes/resources/GroupVisits101.pdf>
909. Scott JC, Robertson B. Kaiser Colorado's cooperative health care clinics: a group approach to patient care. *Managed Care Q.* 1996; 4: 41-45.
910. Beck A, Scott J, Williams P, Robertson B, Jackson D, Gale G. et al. A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: the cooperative health care clinic. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1997; 45: 543-549.
911. Terry K. Should doctors see patients in group sessions? *Medical Economics.* 1997; 74: 74-95.
912. Noffsinger E. Will drop-in group medical appointments work in practice? *The Permanente Journal.* 1999; 3: 58-67
913. Sadur CN, Moline N., Costa M., Michalik D., Mendlowitz D., Roller, S. et al. Diabetes management in a health maintenance organization: efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care.* 1999; 22: 2011-2017.

914. Thompson E. The power of group visits. *Modern Healthcare*. 2000; 5: 54-62.
915. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Cuidado compartilhado (CUCO). Curitiba: Centro de Informação em Saúde/SMS de Curitiba; 2011.
916. Martin JA, Avant RF, Bucholtz JR, Evans KG, Green LA, Henely DE et al. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann. Fam. Med.* 2004; 2: S3-S32.
917. Jaber R, Braksmajer A, Trilling J. Group visits for chronic illness care: model, benefits and challenges. *Fam. Pract. Manag.* 2006; 13: 37-40.
918. Balasubramanian BA, Chase SM, Nutting PA, Cohen DJ, Strickland PAO, Crosson JC. et al. Using learning teams for reflective adaptation (ultra): insights from a team-based change management strategy in primary care. *Ann. Fam. Med.* 2010; 8: 425-432.
919. Group Health Cooperative. Conducting a continuing care clinic: handbook for practice teams. 2001 [acesso em 13 de janeiro de 2007]. Disponível em: <http://www.ghc.org>.
920. House of Commons. NHS continuing care, volume I: report, together with formal minutes, oral and written evidence. London: The Stationery Office Limited; 2005.
921. Capital Care. Capital Care renovating older centres. 2011 [acesso de 14 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.capitalcare.net>
922. Albieri FAO. O caso de Diadema. Brasília: Seminário sobre Regulação na APS, Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
923. Moore G. The case of disappearing generalist: does it need to be solved? *Milbank Q.* 1992; 70: 361-379.
924. Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
925. Institute of Medicine. The future of nursing: leading change, advancing health. Washington: The National Academies Press; 2011.
926. Ryden MB, Snyder M, Gross CR, Savik K, Pearson V et al. Value-added outcomes: the use of advanced practice nurses in long-term care facilities. *Gerontologist*. 2000; 40: 654-662.
927. Griffiths C, Foster G, Barnes N, Eldridge S, Tate H, Begun S et al. Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma. *British Medical Journal*. 2004; 328:144.
928. Kamps AWA, Roorda RJ, Kimpen JLL, Groes AWD, Peek LCJAM, Brand PLP. Impact of nurse-led outpatient management of children with asthma on healthcare resource utilisation and costs. *Eur. Respir. J.* 2004; 23: 304-309.
929. Greineder DK, Loane KC, Parks P. Reduction in resource utilization by an asthma outreach program. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1995; 149: 415-420.
930. Blue L, Lang E, McMurray JJ, McDonagh TA, Murdoch DR, Petrie M et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *British Medical Journal*. 2001; 323: 715-718.

931. Alves Júnior AC. Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 [acesso em 26 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/apsredes>.
932. Moraes EM. Centro Mais Vida Macro Centro I. Belo Horizonte: Instituto Jenny de Andrade Faria de atenção à saúde do idoso/Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG; 2011.
933. Gusso G. Panorama da atenção primária à saúde no Brasil e no mundo: informações e conceitos. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2005.
934. Starfield B. Efetividade e equidade em serviços de saúde através da atenção primária em saúde. Recife: Terceiro Seminário Internacional: avaliação da APS e gestão por resultados; 2007.
935. Jarman BS, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A et al. Explaining differences in english hospital death rates using routinely collected data. *British Medical Journal*. 1999; 318:1515-1520.
936. Vogel RL, Ackerman RJ. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *International Journal of Health Services*. 1998; 28:183-196.
937. Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Services Research*. 2004; 4:12.
938. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *Journal of Public Health Medicine*. 2002; 24: 252-254.
939. Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Family Medicine*. 2003; 35:60-64.
940. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in US counties: a comparison of urban and rural areas. *Public Health*. 2005; 119:699-710.
941. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*. 1998; 47:105-109.
942. O'Malley AS, Forrest CB, Politzer RM, Wulu JT, Shi L. Health Center trends, 1994-2001: What do they portend for the federal growth initiative? *Health Affairs*. 2005; 24:465-472.
943. Starfield B, Shi L, Macinko J. Primary care contributions to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83: 457-502.
944. Regan J, Schempf AH, Yoon J, Politzer RM. The role of federally funded health centers in serving the rural population. *Journal of Rural Health*. 2003;19:117-124.
945. Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J. Fam. Pract.* 1994; 39:123-128.
946. Roos NP. Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry*. 1979;16:73-83.
947. Fujisawa R, LaFortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 countries: what are the factors influencing variations across countries? Paris: OECD, Health Working Papers nº 41, DELSA/HEA/WDIHWP; 2008.

948. Medicare Payment Advisory Commission. Healthcare spending and the Medicare program. 2005 [acesso em 22 de julho de 2007]. Disponível em: <http://www.medpac.gov>.
949. Roper WL. Perspectives on physician payment reform. *New England Journal of Medicine*. 1998; 319: 865-867.
950. Starfield B. Challenges to research on equity in health. Adelaide: 4th Biennial Meeting of the International Society for Equity in Health; 2006.
951. Noren J, Frazier T, Altman I, Delozier J. Ambulatory medical care: a comparison of internists and family-general practitioners. *N. Engl. J. Med.* 1980; 301: 11-16.
952. Farrel DI, Worth RM, Mishina K. Utilization and cost effectiveness of a family practice center. *J. Fam. Pract.* 1982; 5: 957-962.
953. Engel W, Freund DA, Stein JA, Fletcher RH. The treatment of patients with asthma by specialists and generalist. *Med. Care*. 1989; 27: 306-314.
954. Starfield B. Entrevista. *Boletim Saúde para Todos*. 2005; 1:1.
955. Starfield B. The primary solution: put doctors where they count. 2005 [acesso em 13 de dezembro de 2008]. Disponível em <http://www.bostonreview.net/BR30.6/Starfield.html>.
956. Deutchman ME, Sills D, Connor PD. Perinatal outcomes: a comparison between family physicians and obstetricians. *J. Am. Board Fam. Pract.* 1995; 8: 440-447.
957. Huetson WJ, Applegate JA, Mansfield CJ, King DE, McClafllin RR. Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low-risk pregnancies. *J. Fam. Pract.* 1995; 40: 345-351.
958. Pinotti JA. PSF. Folha de São Paulo, 30 de novembro de 2008.
959. The Commonwealth Fund. Reducing care fragmentation. *s/data* [acesso em 12 de outubro de 2011]. Disponível em: <http://improvingchroniccare.org>.
960. Friedman NM, Gleeson JM, Kent MJ, Foris M, Rodriguez DJ, Cypress M. Management of diabetes mellitus in the Lovelace Health Systems' Episodes of care program. *Effective Clin. Pract.* 1998; 1: 5-11.
961. Katon W, von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. *JAMA*. 1995; 273: 1026-1031.
962. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lohhart J, Sundaram V et al. Care Coordination Atlas Version 3. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
963. Antonelli RC, McAllister JW, Popp J. Making care coordination a critical component of the pediatric healthcare system: a multidisciplinary framework. New York: The Commonwealth Fund; 2009.
964. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, et al. Care coordination, Volume 7. In: Shojania KG, McDonald KM, Watcher RM, Owens (Editors). *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies: Volume 7, Care Coordination*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
965. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchil DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J. Gen. Intern. Med.* 2000; 15: 626-631.
966. Cummins RO, Smith RW, Inui TS. Communication failure in primary care. Failure of consultants to provide follow-up information. *JAMA*. 1980; 243: 1650-1652.

967. NCQA Patient-Centered Medical Home. National Committee for Quality Assurance (NCQA). Care coordination standards. 2011 [acesso em 2 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.ncqa.org>
968. Berta W, Barnsley J, Bloom J, Cockerill R, Davis D, Jaakkimainen L et al. Enhancing continuity of information: essential components of consultation reports. *Can. Fam. Physician.* 2009; 55: 621-625.
969. Reichman M. Optimizing referrals & consults with a standardized process: successful referrals and consultations depend on open and sussint communication between you, your patients and your consultants. *Fam. Pract. Manag.* 2007; 14: 38-42.
970. Pham HH, O'Malley AS, Bach PB, Martinez CS, Schrag D. Primary care physicians links to other physicians through Medicare patients: the scope of care coordination. *Ann. Intern. Med.* 2009; 150: 236-242.
971. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route for improved outcomes. London: The King's Fund; 2010.
972. Santos SM. Integração do programa de atenção ao idoso do HC/UFMG (Centro Mais Vida) e atenção primária em Belo Horizonte: experiência e resultados. Belo Horizonte: Oficina de Trabalho da Atenção à Saúde do Idoso; 2012.
973. O'Malley AS, Grossman JM, Cohen GR, Kemper NM, Pham HH. Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices. *J. Gen. Intern. Med.* 2010; 25: 177-185.
974. Metzger J, Zywlak W. Bridging the care gap: using technology for patient referrals. Oakland: California for Healthcare Foundation; 2008.
975. McInnes GT, McGhee SM. Delivery of care for hypertension. *J. Hum. Hypertens.* 1995; 9: 429-433.
976. Kasper EK, Gerstenblith G, Hefter G, van Anden E, Brinker JA, Thiemann DR et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2002; 39: 471-480.
977. Rea H, McAuley S, Stewart A, Lamont C, Roseman P, Didsbury P. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intern. Med. J.* 2004; 34: 608-614.
978. Eastwood AJ, Sheldon TA. Organisation of asthma care: what difference does it make? A systematic review of the literature. *Qual. Health Care.* 1996; 5: 134-143.
979. Griffin S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. *British Medical Journal.* 1998; 317: 390-396.
980. Varroud-Vial M, Mechaly P, Joannidis S, Chapiro O, Pichard S, Legibot A et al. Cooperation between general practitioners and diabetologists and clinical audit improve the management of type 2 diabetic patients. *Diabetes Metab.* 1999; 25: 55-63.
981. Donohoe ME, Fletton JA, Hook A, Powell R, Robinson I, Stead JW et al. Improving foot care for people with diabetes mellitus : a randomized controlled trial of an integrated care approach. *Diabetic Med.* 2000; 17: 581-587.
982. Maislos M, Weisman D. Multidisciplinary approach to patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a prospective, randomized study. *Acta Diabetol.* 2004; 41: 44-48.

983. Goodwin N, Lawton-Smith S. Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. 2010 [acesso em 12 de janeiro de 2011]. Disponível em <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN>.
984. Byng R, Jones R, Leese M, Hamilton B, McCrone P, Craig T. Exploratory cluster randomized controlled trial of a shared care development for long-term mental illness. *Br. J. Gen. Pract.* 2004; 54: 259-266.
985. Malcom L, Wright L, Carson S. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. *N. Z. Med. J.* 2000; 113: 514-517.
986. Moorman PW, Branger PJ, van der Kam WJ, van der Lei J. Electronic messaging between primary and secondary care: a four-year case report. *J. Am. Med. Inform. Assoc.* 2001; 8: 372-378.
987. Hyslop A, Robertson K. Integrating clinical information in NHS Scotland: the role of Scottish Care Information Store. *Inform. Prim. Care.* 2004; 12: 103-107.
988. Pinnock H, Bawden R, Proctor S, Wolfe S, Scullion J, Price D, Sheikh A. Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. *British Medical Journal.* 2003; 326: 477-479.
989. Kim HS, Oh JA. Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls. *J. Adv. Nurs.* 2003; 44: 256-261.
990. Whitlock WL, Brown A, Moore K, Pavliscsak H, Dingbaum A, Lacefield D et al. Telemedicine improved diabetic management. *Mil. Med.* 2000; 165: 579-584.
991. Piette JD, Weinberger M, Kraemer FB, McPhee SJ. Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System: a randomized controlled trial. *Diabetes Care.* 2001; 24: 202-208.
992. Piette JD, McPhee SJ, Weinberger M, Mah CA, Kraemer FB. Use of automated telephone disease management calls in an ethnically diverse sample of low-income patients with diabetes. *Diabetes Care.* 1999; 22:1302-1309.
993. Lusignan S, Wells S, Johnson P, Meredith K, Leatham E. Compliance and effectiveness of 1 year's home telemonitoring: the report of a pilot study of patients with chronic heart failure. *Eur. J. Heart Fail.* 2001; 3: 723-730.
994. LaFramboise LM, Toderio CM, Zimmerman L, Agrawal S. Comparison of health buddy with traditional approaches to heart failure management. *Fam. Community Health.* 2003; 26: 275-288.
995. Kruger DF, White K, Galpern A, Mann K, Massirio A, McLellan M, Stevenson J. Effect of modem transmission of blood glucose data on telephone consultation time, clinic work flow, and patient satisfaction for patients with gestacional diabetes mellitus. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* 2003; 15: 371-375.
996. Wasson JH, Gaudette C, Whaley F, Sauvigne A, Baribeau P, Welch HG. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. *JAMA.* 1992; 267: 1788-1793.
997. Blerman E. Telecare of diabetic patients with intensified insulin therapy: a randomized clinical trial. *Stud. Health Technol. Inform.* 2000; 77: 327-332.

998. Benatar D, Bondmass RN, Ghitelman J, Avitall B. Outcomes of chronic heart failure. *Arch. Intern. Med.* 2003; 163: 347-352.
999. Horan PP, Yarborough M, Besigel G, Carlson D. Computer assisted self control of diabetes by adolescents. *Diabetes Educator.* 1990; 16: 205-211.
1000. Piette JD. Interactive voice response systems in the diagnosis and management of chronic disease. *Am. J. Manag. Care.* 2000; 6: 817-827.
1001. Montani S, Bellazzi R, Quaglini S, Dánnunzio Z. Meta-analysis of the effect of the use of computer-based systems on the metabolic control of patients with diabetes mellitus. *Diabetes Technol. Ther.* 2001; 3: 347-356.
1002. Riegel B, Beverly C, Kopp Z, LePetri B, Glaser D, Unger A. Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch. Int. Med.* 2002; 162: 705-712.
1003. Oh JA, Kim HS, Yoon KH, Choi ES. A telephone-delivered intervention to improve glycemic control in type 2 diabetic patients. *Yonsei Med. J.* 2003; 44: 1-8.
1004. Oslin DW, Sayers S, Ross J, Kane V, Have TT, Conigliaro J et al. Disease management for depression and at-risk drinking via telephone in an older population of veterans. *Psychosom. Med.* 2003; 65:931-937.
1005. Kwon HS, Cho JH, Kim HS, Lee JH, Soung BR, Oh JA et al. Establishment of blood glucose monitoring system using internet. *Diabetes Care.* 2004; 27: 478-483.
1006. Shea S, Weinstock RS, Starren J, Teresi J, Palmas W, Field L et al. A randomized trial comparing telemedicine case management with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus. *J. Am. Med. Informat. Assoc.* 2006; 13: 40-51.
1007. Tildesley HD, Mazanderani AB, Chan JHM, Ross SA. Efficacy of A1C reduction using internet intervention in patients with type 2 diabetes treated with insulin. *Canadian Journal of Diabetes.* 2011; 35: 250-253.
1008. Angeles RN, Howard MI, Dolovich L. The effectiveness of web-based tools for improving blood glucose control in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis. *Canadian Journal of Diabetes.* 2011; 35: 344-352.
1009. Revista Época. Brasil tem mais celulares que pessoas. 2011 [acesso em 5 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/00,,EMI203626-15224,00>.
1010. Barlow JH, Bancroft GV, Turner AP. Volunteer, lay tutors' experiences of the chronic disease self-management course: being valued and adding value. *Health Ed. Res.* 2004; 20: 128-136.
1011. Garbin HBR, Pereira Neto AF, Guilam MCR. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface, comunicação, saúde, educação.* 2008; 12: 579-588.
1012. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. *Informing patients.* London: The King's Fund; 1998.
1013. Escribano FM, Moreno EC, Orozco JM. Experiencia educativa con un paciente experto. *Rev. Clin. Med. Fam.* 2008; 178-189.
1014. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Pub. Health Nurs.* 2002; 19: 11-20.

1015. Chernoff RG, Ireys HT, DeVet KA, Kim YJ. A randomized, controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illness: pediatric outcomes. *Arch. Ped. Adolesc. Med.* 2002; 156: 533-539.
1016. Fu D, Hua F, McGowan P, Yei S, Lizhen Z, Huiqin Y, Jianguo M. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization.* 2003; 81: 174-182.
1017. Lozano P, Finkelstein JA, Carey VJ, Wagner EH, Inui TS, Fuhlbrigge AL. A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the pediatric asthma care patient outcomes research team II study. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2004; 158:875-883.
1018. Riegel B, Carlson B. Is individual peer support a promising intervention for persons with heart failure? *Cardiovasc. Nurs.* 2004; 19: 174-183.
1019. Jovell AJ, Navarro R, Fernandez FL, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención Primaria.* 2006; 38: 234-237.
1020. Mestre AG, Padrés NR, Perelló MA, Perez ER, Martin EG. De paciente pasivo a paciente activo: programa paciente experto del Institut Català de Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada.* 2008 [periódico na internet]. 2008[acesso em 15 de maio de 2011]. Vol 1, ISS 1, Article 3. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol.1/iss.1>.
1021. Generalitat de Catalunya. Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària 2007-2010. Barcelona: Departament de Salut; 2007.
1022. Restless Legs Syndrome Foundation. Support groups [acesso em 13 de dezembro de 2008]. Disponível em <http://www.rls.org>.
1023. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II; 2001.
1024. Robinson R, Steiner A. Managed health care. Buckingham: Open University Press; 1998.
1025. Restuccia JD. The evolution of hospital utilization review methods in the United States. *International Journal for Quality in Health Care.* 1995; 7: 253-260.
1026. Institute of Medicine. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington: The National Academies Press; 1990.
1027. Eddy D. Practice policies, what are they? *JAMA.* 1990; 263: 877-880.
1028. Harbour RT (Editor). Sign 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008.
1029. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteus M. Integrated care pathways. *British Medical Journal.* 1998; 316: 133-137.
1030. Thompson J, Pickering S. Vías de asistencia integrada: su contribución al gobierno clínico y la gestión eficiente. In: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1031. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
1032. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH, Bass E, Edwards PB, Browman G et al. Users guides to the medical literature VI: how to use an overview. *JAMA;* 272: 1367-1371.
1033. Last JM. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press, 3rd.ed; 1995.

1034. Royal College of Physicians. National clinical guidelines for stroke. London: Royal College of Physicians; 2000.
1035. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *British Medical Journal*. 1999; 318: 593-596.
1036. Cochrane D. Evidence-based medicine in practice. In: Cochrane D (Editor). *Managed care and modernization*. Buckingham: Open University Press; 2001.
1037. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy E, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (Organizadores). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2ª Ed; 2004.
1038. Felton T. Evidence-based medicine. In: Couch JB (Editor). *The health professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century*. Gaithersburg: Aspen Publication; 1998.
1039. Fretheim A, Schunemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Service; 2006.
1040. Kelson MC. The NICE patient involvement unit. *Evidence-Based Health Care & Public Health*. 2005; 9: 304-307.
1041. Graham I, Harrison M, Brouwers. Evaluación y adaptación de guías clínicas para uso local: un marco conceptual. In: Pickering S, Thompson J. *Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización*. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1042. Schunemann HJ. Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. Oslo: Norwegian Centre for the Health Services; 2006.
1043. Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Cabanne NM, Paquet L et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006; 18: 167-176.
1044. The AGREE Collaboration. *Agree Instrument*. London: St. George's Hospital Medical School; 2001.
1045. Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica* [acesso em 1º de outubro de 2011]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php.
1046. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. *Coleção Uma Nova Saúde*. Vitória: Gerência de Regulação e Assistência à Saúde/Gerência de Vigilância em Saúde/SESES; 2008.
1047. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Linhas guia* [acesso em 23 de maio de 2010]. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>.
1048. Burns LR, Denton M, Goldfein S, Warrick L, Morenz B, Sales B. The use of continuous quality improvement methods in the development and dissemination of medical practice guidelines. *Quality Review Bulletin*. 1992; 18: 434-439.
1049. McNicol M, Layton A, Morgan G. Team working: the key to implementing guidelines? *Quality in Health Care*. 1993; 2: 215-216.

1050. Brown J, Shye D, McFarland B. The paradox of guideline implementation: how AHCPR's depression guideline was adapted at Kaiser Permanente Northwest region. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1995; 21: 5-21.
1051. Karuza J, Calkins E, Feather J, Hershey CO, Katz L, Majeroni B. Enhancing adoption of practice guidelines: dissemination of influenza vaccination guidelines using a small-group consensus process. *Archives of Internal Medicine*. 155: 625-632.
1052. NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Implementing clinical practice guidelines*. York: CRD; 1994.
1053. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee to revise the 1995 guidelines for the evaluation and management of heart failure). *J. Am. Coll. Cardiol.* 2001; 38: 2101-2113.
1054. Feder G, Griffiths C, Hiton C, Eldridge S, Spence M, Southgate L. Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomized controlled trial in general practices in East London. *British Medical Journal*. 1995; 311: 1473-1478.
1055. Payne TH, Galvin MS, Taplin SH, Savarino J, Austin B, Wagner EH. Practicing population-based care in an HMO: evaluation after 18 months. *HMO Practice*. 1995; 9: 101-106.
1056. Ruoff G. Effects of flow sheet implementation on physician performance in the management of asthmatic patients. *Fam. Med.* 2002; 34: 514-517.
1057. Grimshaw J, Eccles M. Identifying and using evidence-based guidelines in general practice. In: Silagy C, Haines A. (Editors). *Evidence-based practice in primary care*. London: BMJ Books, 2nd. Ed; 2001.
1058. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*. 1999; 318: 527-530.
1059. Tunis SR, Hayward RS, Wilson MC, Rubin HR, Bass EB, Johnston M, Steinberg EP. Internist's attitudes about clinical practice guidelines. *Ann. Inter. Med.* 1994; 120: 956-963.
1060. Crane M, Werber B. Critical pathway approach to diabetic pedal infections in a multidisciplinary setting. *J. Foot Ankle Surg.* 1999; 38: 30-33.
1061. Chappel NL, Diitt BH, Hollander MJ, Miller JA, McWilliam C. Comparative costs of home care and residential care. *Gerontologist*. 2004; 44: 389-400.
1062. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. In: *The Cochrane Library*. Chichester: John Wiley & Sons, Issue 2; 2004.
1063. Emslie C, Grimshaw J, Templeton A. Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couples? *British Medical Journal*. 1993; 306: 1728-1731.
1064. De Vos Meiring P, Wells IP. The effect of radiology guidelines for general practitioners in Plymouth. *Clin. Radiol.* 1990; 42: 327-329.
1065. McDowell I, Newell C, Rosser W. Comparison of three methods of recalling patients for influenza vaccination. *Can. Med. Assoc.* 1986; 135: 991-997.

1066. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Willms DG, Singer J. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA*. 1988; 260:1570-1575.
1067. McDowell I, Newell C, Rosser W. Computerized reminders to encourage cervical screening in family practice. *J. Fam. Pract.* 1989; 28: 420-424.
1068. Rosser WW, Hutchinson BG, McDowell I, Newell C. Use of reminders to increase compliance with tetanus booster vaccination. *Can. Med. Assoc.* 1992; 146:911-917.
1069. Oakeshott P, Kerry SM, Williams JE. Randomized controlled trial of the effect of the Royal College of Radiologists' guidelines on general practitioners' referrals for radiographic examination. *Br. Gen. Pract.* 1994; 44:197-200.
1070. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russel I, Hurwitz B, Watt I et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*. 1995; 4:55-64.
1071. Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, Hansen B, Zahnd EG, VanderMartin R et al. Training physicians in counseling about smoking cessation. *Ann.Intern. Med.* 1989;110:640-647.
1072. Vinicor F, Cohen SJ, Mazzuca SA, Moorman N, Wheeler M. Diabetes: a randomized trial of the effects of physician and/or patient education on diabetes patient outcomes. *J. Chronic Dis.* 1987; 40:345-356.
1073. Rogers JL, Haring OM, Wortman PM, Watson RA, Goetz JP. Medical information systems: assessing impact in the areas of hypertension, obesity and renal disease. *Med Care*. 1982; 20:63-74.
1074. North of England study of standards and performance in general practice. Medical audit II: effects on health of patients with common childhood conditions. *British Medical Journal*. 1992; 304:1484-1488.
1075. Zitter M. A new paradigm in health care delivery: disease management. In: Todd WE, Nash D (Editors). *Disease management: a systems approach to improving patient outcomes*. Chicago: American Hospital Publishing Co; 1996.
1076. Guerra J. Conceito de gestão da doença. 2006 [acesso em 21 setembro de 2010]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/conceito_gestao_doenca.pdf.
1077. Kabnecell AI, Langley J, Hupke C. *Innovations in planned care*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovations Series; 2006.
1078. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2003; 348: 2635-2645.
1079. Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM, Keesey J, Klein DJ, Adams JL et al. The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2007; 357: 1515-1523.
1080. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington: The National Academies Press; 1999.
1081. World Health Organization. *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
1082. Starfield B. *First contact*. Boston Review. 2000; 25:15.

1083. Angell M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. São Paulo: Editora Record, 3ª edição; 2008.
1084. Emslie S. Foreward. In: McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2002.
1085. Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. An organisation with a memory. London: The Stationery Office; 2000.
1086. Maynard A. Aproximación económica al gobierno clínico. In: Pyckering S, Thompson J (Editores). Gobierno clínico y gestión eficiente: como cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1087. The Lancet. First lessons from the Bristol case. Editorial. Lancet. 1998; 351: 1669.
1088. Conklin A, Vilamovska A, de Vries H, Hatzianandreu E. Improving patient safety in EU. Cambridge: Rand Corporation Europe; 2008.
1089. National Patient Safety Agency. Organisation patient safety incidents reports: primary care organisation without inpatient provision. 2010 [acesso em 15 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/patient-safety-data/organisation-patient-safety-incident-reports>.
1090. Overetveit J. Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2004; 17: 368-376.
1091. McSherry R, Pearce P. A guide to clinical governance. In: McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2002.
1092. Department of Health. Corporate governance in the NHS: code of conduct, code of accountability. London: The Stationery Office; 1994.
1093. Starey N. What is clinical governance. London: Hayward Medical Communications; 1999.
1094. Lima HO. Qualidade e acreditação. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, mimeo; 2009.
1095. Mamede S. A educação permanente na saúde. Fortaleza: Instituto Innovare; 2005.
1096. Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick V, Fraser W. A randomized trial of continuing education program. New England Journal of Medicine. 1982; 306: 511-515.
1097. Mamede S. Aprendizagem baseada em problemas: características, processos e racionalidade. In: Mamede S, Penaforte J. (Editores). Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Ed. HUCITEC; 2001.
1098. Perillo CD, Rocha GCE, Lima H, Castro MCB, Cassiano R. A profissionalização da gestão do SUS na SES-GO. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde/Agence de La Santé et des Services Sociaux de Outaouais Quebec; 2007.
1099. Adelson R, Vanloy WJ, Hepburn K. Performance change in an organizational setting: a conceptual model. The Journal of Continuing Education in the Health Professions. 1997; 17: 69-80.
1100. Mamede S. Um modelo de educação permanente potencialmente efetivo. Fortaleza, Instituto Innovare, 2005.
1101. Silvério JB. O Programa de educação Permanente de Médicos de Família (PEP). Belo Horizonte: GAPS/SAS/SPAS/SESMG; 2008.

1102. Silvério JB. Programa de Educação Permanente para Médicos de Família: relatório situacional. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2011.
1103. Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact of current wellbeing and future disease risk. The diabetes care from diagnosis research team. *British Medical Journal*. 1998; 317: 1202-1208.
1104. World Health Organization. Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
1105. Braybrook S, Walker R. Influencing NSAID prescribing in primary care using different feedback strategies. *Pharmacy World Sci*. 2000; 22: 39-46.
1106. Ilett KF, Johnson S, Greenhill G, Mullen L, Brockis JB, Golledge CL, Reid DB. Modification of general practitioner prescribing of antibiotics by use of a therapeutics adviser (academic detaller). *Brit. J. Clin. Pharmacol*. 2000; 49: 168-173.
1107. Smits PB, Verbeek JHAM, De Buissonjé CD. Problem based learning in continuing medical education : a review of controlled evaluation studies. *British Medical Journal*. 2002; 324: 153-156.
1108. Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001; 286: 1325-1335.
1109. Darer JD. More training needed in chronic care: a survey of US physicians. *Acad.Med*. 2004; 79: 541-548.
1110. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, M, Zwareinstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester: John Wiley & Sons, Issue 2; 2004.
1111. Engel CE, Vysohlid J, Vodoratski VA. Continuing education for change. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series nº 28; 1990.
1112. Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *British Medical Journal*. 1991; 303: 398-402.
1113. Balas EA, Weingarten S, Garb CT, Blumenthal D, Boren SA, Brown GD. Improving preventive care by prompting physicians. *Arch. Intern. Med*. 2000; 160: 301-308.
1114. Frigling BD, Lobo CM, Hulscher MAJL, Akkermans RP, van Drenth BB, Prins A, et al. Intensive support to improve clinical decision making in cardiovascular care: a randomised controlled trial in general practice. *Qual. Saf. Health Care*. 2003; 12: 181-187.
1115. Wakley G, Chambers R. Chronic disease management in primary care: quality and outcomes. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd; 2005.
1116. Frijling BD, Lobo CM, Hulscher MEJL, Akkermans JCC, Braspening JCC, Prins A et al. Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. *Diabet. Med*. 2002; 19: 836-842.
1117. Bandeira EMFS, Pimenta FAP, Souza MC. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.

1118. Loevinsohn B. Performance-based contracting for health services in developing countries: a toolkit. Washington: World Bank Institute; 2008.
1119. Faria RIN. Pay for performance in Brazil: an analysis of case studies [Dissertation for MSc in health economics]. York: University of York; 2010.
1120. Shepherd G. A civil service that performs: primary health care in Curitiba, Brazil. In: Jalilian H, Sen V (Editors). Improving health sector performance: institutions, motivations and incentives. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies; 2011.
1121. Albuquerque HC, Mendes EV. Las redes de atención a la salud en Janaúba, Minas Gerais. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na internet] 2008. [acesso em 13 de julho de 2009]. Vol 1. ISS 2, Article 5. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/5>.
1122. Mendes EV. Programa Mãe Curitiba: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
1123. Neto AMC. Relatório situacional: programa de incentivo para a melhoria do desempenho na estratégia da saúde da família, PIMESF. Departamento de Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Piripiri; 2010.
1124. Marty IM. Primeiras experiências de contratos de gestão em Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. In: Giacomini H (Editor). Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização. Curitiba: Instituto de Administração Municipal; 2010.
1125. Savas S, Sheiman I, Tragadekes E, Maarse H. Contracting models and provider competition. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998.
1126. Centers for Disease Control and Prevention. Strategies for reducing morbidity and mortality from diabetes through health-care system interventions and diabetes self-management education in community settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Atlanta: MMWR 16; 2001.
1127. Sperl-Hidden JM, O'Connor PS, Carlson RR, Lawson TB, Halstenson C, Crowson T et al. Improving diabetes care in a large health care system: an enhanced primary care approach. Jt. Comm. J. Quality Improv. 2000; 26:615-622.
1128. Scott J, Thorne A, Horn P. Quality improvement report: effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. British Medical Journal. 2002; 325:951-954.
1129. Omar AR, Suppiah N, Chai P, Chan YH, Seow YH, Quek LL, Poh KK, Tan HC. Efficacy of community-based multidisciplinary disease management of chronic heart failure. Singapore Med. J. 2007; 48: 528-531.
1130. Johansson B, Holmberg L, Berglund G, Brandberg Y, Hellbom M, Persson C et al. Reduced utilisation of specialist care among elderly cancer patients: a randomised study of a primary healthcare intervention. European Journal of Cancer. 2001; 37:2161-2168.
1131. Mullaly CB. The case manager's handbook. Maryland: Aspen Publ; 1998.
1132. Newhouse J. Is competition the answer? Journal Health Economics. 1982; 1: 109-116.
1133. Oliveira PJ, Campos EF, Gontijo MCF. Programa de desenvolvimento da saúde. In: Campos EF, Gontijo MCF, Oliveira PJ, Chaves SR. Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação

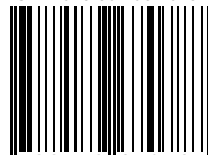
- das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais; 2008.
1134. Roos NP, Shapiro E, Tate R. Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures? A sixteen year perspective. *The Milbank Quarterly*. 1989; 67: 347-369.
1135. Alliota SL. Case management of at-risk older people. In: Cochrane D. *Managed care and modernization: a practitioner's guide*. Buckingham: Open University Press; 2001.
1136. Powell SK. *Case management: a practical guide to success in managed care*. Philadelphia: Lippincot Williams & Williams; 2000.
1137. Fitzgerald JF, Smith DM, Martin DK, Freedman JA, Katz BP. A case manager intervention to reduce readmissions. *Arch. Int. Med*. 1994; 154: 1721-1729.
1138. Vetter MJ, Bristow L, Ahrens J. A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse case management and community health workers. *Home Health C. Nurse*. 2004; 22: 645-648.
1139. Ferguson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. *J. Gen. Int. Med*. 1998; 13: 123-126.
1140. Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S, Pickard S, Toland M et al. *Evercare evaluation interim report: implications for supporting people with long-term conditions*. Manchester: The National Primary Care Research and Development Centre; 2005.
1141. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol. Med*. 2006; 36: 7-14.
1142. Gensichen J, Guthlin C, Kleppelb V, Jager C, Mergenthalb K, Gerlach FM, Petersen JJ. Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors perspective. *Family Practice*. 2011; 28: 565-571.
1143. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Guthlin C et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*. 2009; 151:369-378.
1144. Unidas. *Medicina preventiva reduz custos nos planos de saúde*. *Jornal da Unidas*. 2004; 14: 2-3.
1145. Chaves SR. Estado da arte do financiamento de condições crônicas: a base da implantação do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. In: Campos EF, Gontijo MCF, Oliveira PJ, Chaves SR. *Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais; 2008.
1146. Gonzáles RIC, Casarin SNA, Caliri MHL, Sasaki CM, Monroe AA, Villa TCS. Gerencia de caso: un nuevo enfoque en el cuidado a la salud. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2003; 11: 227-231.
1147. Lima ERCP, Araujo CSB, Souza CRN, Lima TBF, Shimazaki ME. *Gestão de caso: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia*. Uberlândia: SMS de Uberlândia; 2012.
1148. Key P. Condiciones crônicas y cambio cultural. In: Bengoa R, Nuño RS. *Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crônicas, una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier España; 2008.

1149. Chin H. Cómo conseguir el cambio. In: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1150. Handy C. Gods of management. London: Souvenir Press; 1978.
1151. Beckhard R, Harris RT. Organizational transitions. Reading: Addison-Wiley Publishing Company; 1987.
1152. Harrison R. Strategies for a new age. *Human Resource Manage.* 1983; 22: 209-235.
1153. Kouzes JM, Posner BZ. The leadership challenge: how to keep getting extraordinary things done in organizations. San Francisco: Jossey-Bass; 1995.
1154. Ashton A. Cultura organizativa. In: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1155. Bridges W. Transitions, making sense of life's changes. London: Nicholas Brearley; 1980.
1156. Bates P. Strategies for cultural change. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
1157. Hill S. Why quality circles failed but total quality management might succeed. *British Journal of Industrial Relations.* 1991; 29: 541-568.
1158. Senge P. A quinta disciplina. São Paulo: Editora Best Seller, 1990.
1159. Flaherty J. Coaching: evoking excellence in others. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
1160. Illes V, Sutherland K. Managing change in the NHS. Organisational change: a review for healthcare managers, professionals and researchers. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D; 2001.
1161. Page S, Allsopp D, Casley S. The practice development unit: an experiment in multi-disciplinary innovation. London: Whurr; 1998.
1162. Wallace LM, Freeman T, Latham L, Walshe K, Spurgeon P. Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Quality in Healthcare.* 2001; 10: 76-82.
1163. Rabelo RJ. Gestão de mudança. Florianópolis: Departamento de Automação e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
1164. Kisil M. Gestão da mudança organizacional. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 1998.
1165. Lopes PCB, Stadler CC, Kovalski JL. Gestão da mudança organizacional. Ponta Grossa: Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná; 2003.
1166. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, Von Korff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv. Res.* 2002; 37: 791-820.
1167. Si D, Connors C. Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. *BMC Health Serv. Res.* 2005; 5: 56.
1168. Solberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM, Hroschicki MC, Engebretson KI, O'Connor PJ. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. *Ann. Fam. Med.* 2006; 4: 310-316.

1169. Aragonés A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Prev. Chronic Dis.* 2008; 5: A113.
1170. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahomey LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med. Care.* 2005; 43: 436-444.
1171. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Atenção às condições crônicas. Curitiba: CIS/SMS de Curitiba; 2011.
1172. Institute for Healthcare Improvement. Chronic conditions, how to improve. s/data [acesso em 12 de outubro de 2008]. Disponível em <http://www.ihl.org>.
1173. Moysés S, Schwab G, Moysés SJ. Pesquisa avaliativa sobre a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Curitiba. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2011.
1174. Institute for Healthcare Improvement. IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovation Series; 2003.
1175. Nelson E, Batalden P, Godfrey M. Quality by design: a clinical system approach. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2007.
1176. Quinn JB. Intelligent enterprise: a knowledge and service based paradigm for industry. New York: The Free Press; 1992.
1177. Nolan TW. Execution of strategic improvement initiatives: to produce system level results. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovation Series 2007; 2007.
1178. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. Modelo de melhoria. Campinas: Mercado de Letras; 2011.
1179. Associates in Process Improvement. Model for Improvement.s/data [acesso em 23 de agosto de 2008]. Disponível em http://www.apiweb.org/API_home_page.htm.
1180. Shimazaki ME. Guia de estudo: atenção às condições crônicas. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2009.
1181. Martin JR. Summaries of The New economics for Industry, Government and education 1993. s/data [acesso em 12 de janeiro de 2012. disponível em: <http://waaw/info/ArticleSummaries/ArtSumDeming93>.
1182. Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. *Annals of Internal Medicine.* 1998; 128: 651-656.
1183. Berwick DM. Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. *JAMA.* 1994; 272: 797-802.
1184. Pselk PE. Collaboration across organizational boundaries to improve the quality of care. *American Journal of Infection control.* 1997; 25: 85-95.
1185. Flamm BL, Berwick DM, Kabcenell A. Reducing cesarean section rates safely: lessons from a Breakthrough Series Collaborative. *Birth.* 1998; 25: 117-124.
1186. Kilo CM, Kabcenell A, Berwick DM. Beyond survival: toward continuous improvement in medical care. *New Horizons.* 1998; 6: 3-11.

1187. Leape LL, Kabcenell AI, Ghandi TK. Reducing adverse drug events: lessons from a Breakthrough Series Collaborative. *Journal on Quality Improvement*. 2000; 321-331.
1188. Lynn J, Schall MW, Milne C, Nolan KM, Kabcenell A. Quality improvement in end of life care: insights from two collaboratives. *Journal on Quality Improvement*. 2000; 26: 254-267.
1189. Bate P, Tobert G, McLeod H. Report on the Breakthrough Collaborative approach to quality and service improvement within four regions of the NHS. Birmingham: Health Services Management Centre/University of Birmingham; 2002.
1190. Wilson T, Berwick DM, Cleary PD. What do collaborative improvement projects do? Experiences from seven countries. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2003; 29: 85-93.
1191. Ovreteit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K et al. Quality collaboratives: lessons from research. *Quality and Safety in Health Care*. 2002; 11: 345-351.
1192. Institute for Healthcare Improvement. IHI Quality Improvement Resources: a model for accelerating improvement. s/ data [acesso em 9 de fevereiro de 2012]. Disponível em: <http://www.healthychild.ucla.edu/First5CARediness/materials/siteInfra/IHIQualityImprovementResources.pdf>

ISBN: 978-85-7967-078-7



9 788579 670787

O Brasil tem uma longa história de APS, em seu sistema público de saúde, que começou no início do século XX até chegar ao ciclo atual da atenção básica, caracterizado pela implantação do PSF. Este livro percorre esse trajeto e demonstra que o PSF tem sido uma política pública de sucesso.

O PSF, dada a persistência de problemas estruturais não solucionados – muitos deles agravados pela situação de saúde de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças –, não foi capaz de resolver os problemas mais comuns da saúde, de prover atenção adequada às condições agudas e crônicas e de coordenar as redes de atenção à saúde. Esse modelo de APS, como programa, apesar de seus bons resultados, chegou ao seu limite e esgotou-se. É preciso transformar o PSF numa estratégia de reordenamento do SUS. Ou seja, é preciso inaugurar um novo ciclo da APS que, indo além do discurso, implante, efetivamente, a ESF como um novo paradigma de cuidados primários à saúde.

A consolidação da ESF implica a adoção de uma agenda ampla de mudanças que este livro propõe e detalha. Dentre elas, a implantação de um modelo de atenção às condições crônicas que convoca transformações profundas na clínica e na gestão da ESF.

O livro mostra o acerto da Organização Mundial da Saúde ao indicar a urgência e a profundidade das reformas da APS. “Agora mais do que nunca” é preciso consolidar a ESF no SUS. Uma revolução na APS é possível, mesmo com o estrangimento de recursos do SUS. E uma revolução na APS – a consolidação definitiva da ESF – levará a uma revolução na saúde pública brasileira.

A consolidação da ESF não será uma luta fácil, nem rápida, muito menos barata. Mas a ESF não é um problema sem soluções, mas uma solução com problemas que devem e podem ser superados se houver vontade política para tanto.

Essas são as ideias centrais deste livro que se sustentam em robustas evidências científicas.



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



1 9 0 2 - 2 0 1 2



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE